Rok XLII. Kraków 19 Grudnia 1903. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do chorób dróg moczowych

(z demonstracyą preparatów).

Podał

L. Rydygier.

Według odczytu na XII. Zjeździe chirurgów polskich.

Chirurgia dróg moczowych zaczyna w ostatnim czasie coraz to bardziej zajmować koła specyalistów. Przoduje w tej pracy szkoła Guyonowska, w której tak zaszczytne miejsce zajmuje miejsce rodak nasz Motz. U nas rzadziej spotykamy się z pracami z tej dziedziny, chociaż i na tych Zjazdach nieraz dotykano tego przedmiotu.

Nie mam zamiaru zapuszczać się dzisiaj głębiej w jeden lub drugi rozdział obszernego tego działu, a raczej chciałbym dotknąć rozmaitych cierpień dróg moczowych, jak mi się w klinice w ostatnich latach przedstawiły, przedłożyć zdobyte okazy i wypowiedzieć kilka myśli, niekoniecznie zgadzających się z dotychczasowem zapatrywaniem lub popierających istniejące wprawdzie zapatrywania, ale jeszcze nie ogólnie przyjęte. Później, kiedy się mój materyał powiększy, opracuję może ten przedmiot dokładniej.

a) Nasamprzód opiszę Panom w krótkich słowach nadzwyczaj zajmujący przypadek, z którego pochodzą oto te tu kamienie moczowe, jakie zaraz okażę:

Chory cierpiał na kamicę nerkową od lat kilku. W r. 1898 wykonałem u niego *sectio mediana* celem wydobycia kamienia, który przeszedł z nerki przez pęcherz i zatykał cewkę moczową. Po dwóch latach pojawiły się znaczniejsze bóle i przy badaniu znaleźliśmy kamień w pęcherzu, który za pomocą litolapaksyi usunęliśmy. Odtąd powtarzały się napady kolki dość często, mimo leczenia odpowiedniego. Dla tego wstąpił chory w r. 1901 po raz trzeci do kliniki. Rozpoznając kamicę nerki lewej przystąpiłem do nefrotomii; po odsłonięciu nerki l. za pomocą skośnego cięcia Kosińskiego namacałem kamień w dolnym jej odcinku i ponad nim naciąłem nerkę, ograniczając zwykłe cięcie sekcyjne do dolnego jej bieguna. Wydobyłem ten oto kamień okrągławy o powierzchni chropowatej, nierównej. Ponieważ widzieliśmy miedniczkę i moczowód rozszerzone, przypuszczać musieliśmy, że poniżej musi być przeszkoda, najprawdopodobniej w postaci kamienia. Wprowadziwszy zgłębnik przez nacięcie w nerce do moczowodu, przekonałem się, że rzeczywiście w dolnym jego odcinku prawie tuż przy wpuście do pęcherza znajdowała się przeszkoda nie przepuszczająca zgłębnika. Przedłużyłem więc skośne cięcie w ścianach brzusznych ku dołowi, aż blizko wewnętrznej trzeciej części więzu Pouparta i pozaotrzewnowo odsłoniłem moczowód wzdłuż całego jego przebiegu, aż do pęcherza. Tam właśnie, tuż ponad ujściem jego do pęcherza, wymacać mogłem kamienie; były dwa tak ułożone, że razem tworzyły wrzeciono, w środku przepołowione z ostrymi końcami, z których dolny wchodził aż do ścian pęcherza. Wskutek tego wyjęcie ich przez podłużne nacięcie moczowodu było trudne, a jeszcze trudniejsze zaszycie otworu tak głęboko położonego i 6—8 ctm. długiego. Do zaszycia otworu w moczowodzie użyłem dwupiętrowego szwu katgutowego; cięcie w nerce również zaszyłem szwem katgutowym. Dokładne przepłokanie rany 0,6% roztworem soli; seton z gazy jodoformowej jeden w okolicę nerki, a drugi sięgający do szwu moczowodowego. Resztę rany zaszyłem głębokimi szwami jedwabnymi, a skórę katgutem — i źle zrobiłem, bo mimo dokładnego spłókania rana, zanieczyszczona posoką z naciętej miedniczki, nie była owymi setonami dostatecznie osączkowana, wydzielina się zatrzymywała, chory gorączkował i trzeba było napowrót całą ranę otworzyć, poczemu powoli się oczyściła. W końcu chory zupełnie wyzdrowiał.

Przypadek ten potwierdził nasze przekonanie, nabyte już na innych, że skośne cięcie Kosińskiego nadzwyczaj jest dogodne przy wszystkich operacyach na nerce, a przedewszystkiem ma tę wielką zaletę, że można je dowolnie przedłużać ku dołowi i jak w tym przypadku nawet cały moczowód przaotrzewnowo odsłonić. Z drugiej zaś strony przekonaliśmy się, że szycie moczowodu w jego końcu dolnym blizko pęcherza u mężczyzn jest bardzo trudną operacyą, mimo że niektórzy ginekolodzy twierdzą, że zabieg ten u kobiet jest łatwy, n. p. po przecięciu moczowodu przy wyłuszczaniu guzów macicy, — może dla tego, że wtenczas wszczepia się odcięty koniec w górną część pęcherza.

b) Może jeszcze bardziej zajmującym i ważniejszym ze względu na postępowanie lecznicze jest przypadek następujący:

U chorego, 38 lat liczącego, wytworzył się w następstwie rzeżączki ropień okołocewkowy, po którym pozostała przetoka na międzykroczu. W Wiedniu wykonano operacyę plastyczną w ten sposób, że wycięto płatek skóry z najbliższego sąsiedztwa i wszczepiono go w ubytek, odwracając powierzchnią naskórkową do światła cewki moczowej. W czasie tym wytworzyła się druga przetoka na prąciu przed mosznami. Powoli wygoiła się przetoka na międzykroczu po kilku dodatkowych operacyach, ale w miejscu przeszczepionego płatka wytworzył się z czasem zaułek, w którym mocz stale zalegał, do ilości łyżki stołowej, a dał się wycisnąć tylko mechanicznie kroplami przez przednią przetokę. Już dawniej istniejący nieżyt pęcherza wzmagał się, mimo wszelkiego leczenia coraz bardziej, a ciągłe i gwałtowne parcie na mocz sprawiało choremu szalone bóle, których nie zdołały poskromić nawet niezwykłe dawki morfiny; chory doszedł do 1 grm. na dzień w postaci podskórnych wstrzykiwań. Od czasu do czasu wydzielały się z moczem kłębuszki włosów. Chory, wynędzniały do najwyższego stopnia, leży skurczony we dwoje, kolana przytykają prawie do brody, mocz spływa ciągle do naczynia o ile nie spływa obok, zanieczyszczając posłanie. Tworzą się odleżyny, a wskutek długotrwającego przykurczenia powstaje kontraktura w stawie kolanowym i biodrowym tak, że o wyprostowaniu niema mowy i chory już od dwóch lat chodzić nie może. Jednem słowem przedstawia nam się taki obraz nędzy i rozpaczy, że przy pierwszem widzeniu odmówiłem przyjęcia chorego w swoją opiekę, a odesłałem go do pierwszego jego operatora w Wiedniu; dopiero po naleganiu zgodziłem się na przyjęcie jego do kliniki. W styczniu rb. wykonałem *sectio alta* i wydobyłem kamień wielkości orzecha włoskiego, którego jądro stanowił kłąb włosów. Ponieważ w zaułku cewki wymacać mogłem drugi kamień, wydobyłem go przez nacięcie przeszczepionego płata, żeby zarazem w ten sposób i zaułek i sam pęcherz dokładniej osączkować. Kamyk z zaułka był płaski, okrągławy, gęsto drobnymi włosami przetkany. Skorzystałem również z uśpienia, żeby równocześnie rozruszać przykurczone stawy.

Powoli rany pogoiły się *per secundam*, a przez ruchy, mięsienie i elektryzowanie doprowadziliśmy do tego, że nareszcie chory na nowo nauczył się chodzić. Nieżyt pęcherza utrzymuje się jednak mimo przestrzykiwania i utropiny.

Przypadek ten pokazuje dowodnie, że nigdy nie powinniśmy używać płatów odwróconych powierzchnią naskórkową do światła cewki lub pęcherza przy plastycznych operacyach na tych narządach. Na płatach takich wyrastają choćby drobniuteńkie włosy i stają się przyczyną wiecznie trwającego nieżytu i kamieni. A co najlepsze, to że przypadek ten jest opisany w niemieckich czasopismach, jako zupełnie wyleczony i zachęcający do podobnych operacyi plastycznych. Ponieważ jeszcze w ostatnich nawet czasach czytałem znowu zalecanie podobnego sposobu operowania, uważam za swój obowiązek jak najenergiczniej przestrzedz przed takiem postępowaniem. Rozumie się, że przypadku tego nie będę uważał za ukończony, dopóki nie wytnę płata przeszczepionego, przez co usunie się i zaułek i zapobiegnie się nowemu wytwarzaniu kamieni naokoło dalej wyrastających włosów.

c) Ostatni przypadek, z którego preparat mam okazać, zasługuje na uwagę ze względów dyagnostycznych oraz ze względu na wielkość guza, który mimo to dał się sposobem Kosińskiego przy miejscowem znieczuleniu sposobem Schleicha z łatwością wyłuszczyć. Chodziło o „hypernephroma malignum" (guz Grawitza) lewej nerki. Równocześnie znaleźliśmy dość znacznie powiększone gruczoły pachwinowe po tejże stronie. Uważając je jako przerzuty, mieliśmy już odmówić operacyi, kiedy dla pewności postanowiliśmy jeszcze wyłuszczyć jeden z gruczołów i oddać go do mikroskopowego zbadania, które wykazało gruźlicę prosówkową, a nie nowotwór w gruczole. Na tej podstawie przystąpiliśmy do wyłuszczenia pierwotnego guza nerki. Chory wyzdrowiał bez żadnych powikłań. Co do rokowań w przypadkach guza Grawitza nadmieniam, że nie jest one najgorsze; przed 2 laty operowaliśmy bardzo wielki guz Grawitza, wyłuszczając razem z nim prawą nerkę; operowany żyje dotychczas bez przerzutów i ma się zupełnie dobrze.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Dokończenie).

Zatem z tych 9-ciu przypadków wykonano w 6-ciu samo przecięcie klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu, poczem wydobyto płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Cały zabieg w tych przypadkach dał się wykonać w stosunkowo krótkim czasie; najkrócej trwał w przypadku drugim, bo 4 minuty, najdłużej zaś w przypadku siódmym, bo 12 minut. W przypadku piątym po wykonaniu przecięcia klatki piersiowej pośladki płodu nie zstąpiły zaraz niżej, tak jak w przypadkach poprzednich, lecz dopiero przez pociąganie za szczypczyki, założone na nie, zostały wydobyte na zewnątrz. Zaznaczyć jednak należy, iż w przypadku tym wymiary miednicy wprawdzie tylko nieznacznie różniły się od prawidłowych, natomiast rozmiary płodu były bardzo znaczne. W dwu ostatnich przypadkach przecięto nietylko klatkę piersiową wzdłuż, lecz także kręgosłup płodu. Najwięcej trudności napotkano w przypadku ósmym, w którym przy miednicy ścieśnionej płód był stosunkowo bardzo znacznych rozmiarów. Przecięcie klatki piersiowej wzdłuż w przypadku tym nie doprowadziło do celu i dlatego świadomie poprowadzono następnie cięcie poprzeczne przez klatkę piersiową, przecięto kręgosłup i dopiero potem wydobyto płód. Zabieg w tym przypadku trwał oczywiście znacznie dłużej, bo 25 minut. W przypadku dziewiątym przecięto również kręgosłup płodu, jednak wcale nie z powodu napotkanych wśród zabiegu trudności, lecz dlatego, iż kręgosłup był niejako w przedłużeniu linii cięcia, biegnącego ukośnie przez klatkę piersiową.

Mówiąc o przecinaniu klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu, miałem zawsze na myśli przecięcie wszystkich żeber i obojczyka. Nie wynika jednak z tego, aby kierunek cięcia miał być zawsze ściśle równoległym do osi podłużnej płodu. Przeciwnie, kierunek cięcia prawie zawsze będzie przebiegał więcej lub mniej skośnie względem osi podłużnej płodu, a zależeć to będzie od sposobu, w jakim pojedyncze części klatki piersiowej będą się nam nastawiać w polu naszego widzenia przy odpowiedniem pociąganiu za założone szczypczyki. W przypadkach, w których cięcie prowadzić będziemy przez klatkę piersiową w znacznym stopniu ukośnie względem osi podłużnej płodu, jak np. w przypadku dziewiątym, często bardzo w przedłużeniu cięcia napotkamy kręgosłup. Zależnie od potrzeby możemy w takich przypadkach przedłużyć następnie cięcie i przeciąć lub nie kręgosłup. Wobec tego sama przez się nasuwa się myśl, aby w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, w którychby albo wymiary miednicy matki były znacznie mniejsze od prawidłowych, albo też płód był znaczniejszych rozmiarów, starać się wśród zabiegu prowadzić cięcie przez klatkę piersiową od początku o ile możności w kierunku jak najwięcej ukośnym. Po przecięciu bowiem klatki piersiowej możemy w takich przypadkach bardzo łatwo w dalszym ciągu dosięgnąć i przeciąć dodatkowo kręgosłup i cały zabieg znakomicie sobie w ten sposób ułatwić. Jeżeli zaś cięcie, poprowadzone ukośnie przez klatkę piersiową, nie dosięgnie wprost kręgosłupa, to przynajmniej zbliży się do niego tak, że gdy okaże się potrzeba przecięcia go, wtedy, idąc w kierunku poprzecznym od wykonanego ukośnie cięcia, mamy tylko krótką przestrzeń do przebycia, względnie niewielką część do przecięcia.

Polecając bez żadnych zastrzeżeń takie przecinanie żeber z obojczykiem, a względnie i kręgosłupa, muszę wspomnieć, że niektórzy autorowie, pisząc o wykonywaniu embryotomii, wyraźnie przestrzegają wogóle przed przecinaniem żeber. I tak Kehrer[1]) w podręczniku swoim radzi otworzyć klatkę piersiową przez przestwór międzyżebrowy i pisze: „Eine Durchschneidung der Rippen werde, der Splitter wegen, womöglich vermieden". Nie uzasadnia jednak Kehrer dokładniej swego zdania, gdyż w tym względzie doświadczenia nie miał. Poprzednio już bowiem zastrzegł się

[1]) Kehrer: Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. Stuttgart 1891

wyraźnie: „Ich selbst muss bekennen, nie eine derartige Operation an der Lebenden, sondern nur Leichen-Phantomversuche gemacht zu haben". W najnowszym zaś podręczniku operacyi położniczych W. Nagla[2]), pisze autor w odpowiednim ustępie: „Eine Durchschneidung der Rippen vermeide man thunlichst, um nicht die eigenen Hände an den Knochenenden zu verletzen". I rzeczywiście przyznać należy, że końce przeciętych żeber mogą przy sposobności usuwania narządów wewnętrznych klatki piersiowej ranić ręce operatora. Gdy jednak, chcąc po przecięciu klatki piersiowej wykonać jej opróżnienie (co nawiasem mówiąc w największej liczbie przypadków jest mojem zdaniem zupełnie zbyteczne), będziemy usuwać narządy wewnętrzne nie bezpośrednio rękami, lecz zapomocą narzędzi, wtedy o całość swoich palców operator obawiać się nie potrzebuje. Dlatego to w przypadkach takich, w których opróżnienie klatki piersiowej okazałoby się potrzebnem, radzę użyć w tym celu dużej łyżki tępej i mocnych, szerokich, tępych szczypczyków. Mianowicie po rozwarciu brzegów przeciętej klatki piersiowej przez odpowiednie rozstawienie szczypczyków założonych za oba brzegi cięcia, należy pod kontrolą wzroku wprowadzić w głąb klatki piersiowej tępe szerokie szczypczyki, ująć jak najszerzej nastawiającą się część narządu, a zamknąwszy szczypczyki, okręcać je około osi podłużnej. W ten sposób możemy niejako wykręcać, oddzielać, a następnie usuwać pojedyncze narządy, podobnie jak to czynimy niekiedy przy wyłuszczaniu n. p. włókniaka, osadzonego na szerokiej podstawie. Również zapomocą dużej łyżki tępej, wprowadzonej po rozwarciu brzegów cięcia w klatce piersiowej, możemy łatwo opróżnić klatkę piersiową, przechodząc łyżką po kolei ściany i oddzielając płuca, serce i t. d. od otoczenia, a potem wydalając te niejako wyskrobane narządy na zewnątrz albo zapomocą łyżki, lub zapomocą tępych szczypczyków. Zupełnie tak samo postępujemy, chcąc opróżnić jamę brzuszną. Dalej nasuwa się mimowoli pytanie, czy przecięte żebra nie mogą podczas wydobywania płodu spowodować obrażenia części miękkich rodzącej? Otóż, jak mnie dotychczasowe doświadczenie pouczyło, obawy w tym względzie nie są uzasadnione, gdyż w żadnym z moich, w ten sposób operowanych przypadków obrażenia takiego nie spostrzegłem. Przyczyną tego jest ta okoliczność, że przecięta klatka piersiowa znajduje się stale pod wpływem ciśnienia od zewnątrz, jakie na nią wywierają ściany macicy i pochwy, a względnie pierścień kostny miednicy matki. W następstwie bowiem działania tego ucisku od zewnątrz, potęgowanego wśród zabiegu przez pociąganie klatki piersiowej ku dołowi zapomocą założonych szczypczyków, przecięte końce żeber nie mogą się od siebie oddalić, lecz raczej muszą względem siebie się przesunąć i będą za siebie zachodzić, przyczem części miękkie, a przedewszystkiem skóra, przesuwają się również i przykrywają zazwyczaj wcale dokładnie końce żeber. Przesunięcie się to wzajemne na siebie przeciętych żeber nie występuje tylko na tej części klatki piersiowej, która jest chwilowo w czasie zabiegu najniżej ustawioną, a więc znajduje się w środku naszego pola działania, względnie widzenia; natomiast występuje na częściach klatki piersiowej już przeciętych, a wyżej przesuniętych, które znajdują się pod większem ciśnieniem. Ponieważ operujemy pod kontrolą wzroku, po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników, które zarazem osłaniają ściany pochwy, przeto zranienia części miękkich matki przez żebro przecięte, a widoczne w polu działania, nastąpić nie może, tem więcej, że żebro, równo nożycami przecięte, nie jest wcale bardzo ostre.

Zastanawiając się nad istotą samego postępowania, które powyżej podałem w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, zdaje mi się, że tak ze względów teoretycznych, jako też i praktycznych, takie postępowanie jest najzupełniej uzasadnione. Wszystkie dotychczas zalecane sposoby postępowania wymagają niezbędnie wprowadzenia ręki operatora do macicy, a następnie wprowadzenia narzędzia, przyczem dolny odcinek macicy musi uledz większemu rozciągnięciu, a dalej istnieje bądźcobądź możność przeniesienia za pośrednictwem ręki lub narzędzia często nieprawidłowej treści, zawartości, czy wydzieliny przedsionka i pochwy do macicy. Sam zabieg zaś, wykonywany zapomocą różnych, nawet ostrych narzędzi, odbywać się ma w głębi, pod nadzorem samego tylko dotyku rąk operatora.

Jeżeli zaś postępować będziemy ściśle według zasad powyżej podanych, to przedewszystkiem operator nie potrzebuje wcale wprowadzać swojej ręki do części rodnych, a tem mniej do dolnego odcinka macicy. Tym sposobem unikamy dalszego rozciągnięcia, zwłaszcza tej części przewodu rodnego, która w takich przypadkach zaniedbanych ulega największym zmianom skutkiem znacznego rozciągnięcia i ścieńczenia. Niewątpliwie zatem przez takie postępowanie zmniejszamy niebezpieczeństwo samego zabiegu, zwłaszcza w przypadkach już grożącego pęknięcia macicy. Ponieważ dalej podczas całego zabiegu operator wcale nie potrzebuje dotykać się bezpośrednio rękami pola operacyjnego, a operuje tylko narzędziami, któremi się posługuje, wprowadza i wykonuje zabieg bezpośrednio pod kontrolą wzroku, przeto wykluczoną jest zupełnie możność przeniesienia czegokolwiek, a więc i wydzieliny z dolnych do wyżej położonych części przewodu rodnego. Operując wreszcie ściśle w polu widzenia, ma operator zadanie nierównie łatwiejsze, zwłaszcza przy użyciu narzędzi ostrych; zabieg sam zyskuje bardzo na przejrzystości i w ten sposób wykonany odpowiada wszelkim wymaganiom nowoczesnej chirurgii. Z tych powodów uważam zabieg, wykonany według powyżej podanych zasad, za mniej niebezpieczny dla rodzącej; pozwala on nam w tych przypadkach bezwarunkowo pomyślniej rokować, aniżeliby to mogło mieć miejsce wtedy, gdybyśmy postępowali według sposobów, dziś ogólnie będących w użyciu.

Opisując sposób przecinania klatki piersiowej, zwracałem uwagę na tę okoliczność, aby zawsze przeciąć najpierw górną, a potem dopiero dolną część klatki piersiowej. W takim razie bowiem po dokonaniu przecięcia w polu naszego działania będzie ustawioną dolna część klatki piersiowej. Jestto okoliczność bardzo ważna z powodu, iż w chwili, w której dolna część klatki piersiowej znajduje się w polu działania i jest niejako najniżej ułożoną częścią płodu, główka i pośladki znajdują się conajmniej w równej wysokości przewodu rodnego. W chwili tej wystarcza działanie nawet nieznacznej stosunkowo siły, aby zwichnąć tę równowagę, w jakiej się niejako znajduje chwilowo oś podłużna płodu. Gdy więc po dokonaniu przecięcia klatki piersiowej będziemy pociągać za szczypczyki, założone na jej części

[2]) Wilhelm Nagel: Operative Geburtshülfe. Berlin. 1902.

dolnej, w stronę, po której leży główka, i nieco ku dołowi, natenczas zazwyczaj bardzo łatwo udaje się nam sprowadzić niżej pośladki płodu i wydobyć następnie płód, naśladując mechanizm dobrowolnego wytoczenia się. Uzyskujemy więc w takich przypadkach to, co powinno być właściwie celem i właściwością każdego zabiegu położniczego, to jest, że zabiegiem wykonanym albo ułatwiamy i dopomagamy tylko siłom przyrodzonym dokonać swego zadania, albo też sztucznie siły te naśladujemy i niejako zastępujemy. O ile zaś zalecane przezemnie przecięcie podłużne klatki piersiowej może ułatwić wydobycie płodu, znajdującego się w położeniu poprzecznem, przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się, można się łatwo przekonać, przeprowadzając odnośne doświadczenia na fantomach. Do doświadczenia użyć należy dwu balsamowanych płodów równych rozmiarów, z których u jednego przetniemy tylko całą klatkę piersiową bez wytrzewienia, a u drugiego wykonamy wypatroszenie, to jest opróżnimy zupełnie klatkę piersiową i jamę brzuszną, pozostawiając kościec klatki piersiowej nienaruszony. Podczas gdy przeprowadzenie dobrze rowiniętego donoszonego płodu, poprzód wypatroszonego, w mechanizmie dobrowolnego wytoczenia się przez miednicę prawidłową, przedstawia pewne zwykle dość znaczne trudności, to płód tychsamych rozmiarów, u którego wykonano poprzednio przecięcie podłużne klatki piersiowej, poddaje się temu mechanizmowi stosunkowo bardzo łatwo. Różnica pod tym względem pomiędzy oboma płodami jest bardzo wybitna, a odmienne to zachowanie się płodów ma swą poważną przyczynę. Po pierwsze objętość i rozmiary klatki piersiowej mogą się po przecięciu podłużnem zmniejszyć daleko więcej pod wpływem ucisku z zewnątrz, aniżeli to ma miejsce po opróżnieniu klatki piersiowej, a po drugie przecięcie wszystkich żeber i obojczyka, osłabiając znacznie całe wiązanie klatki piersiowej, zwiększa w wysokim stopniu zdolność wyginania się kręgosłupa, a temsamem i całego tułowia. Jeżeli będziemy dokładnie śledzić pojedyncze chwile i zapamiętamy wzajemne ułożenie i przesuwanie się względem siebie pojedynczych części płodu, wykonującego mechanizm dobrowolnego wytaczania się, to przekonamy się, że kręgosłup w czasie tym ulega bardzo znacznemu skrzywieniu i to albo ku tyłowi *(kyphosis)*, albo też ku przodowi *(lordosis)*, przyczem równocześnie występuje bardzo wybitnie skrzywienie boczne kręgosłupa — *lateroflexio*. Odpowiednia więc ruchomość kręgosłupa, to nieodzowny warunek, aby płód wogóle mechanizm dobrowolnego wytoczenia się wykonać był w stanie; im większą zatem będzie jego zdolność wyginania się, która niewątpliwie zwiększa się i daje się stwierdzić po przecięciu podłużnem klatki piersiowej, tem lepsze istnieją warunki dla mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się.

Po zaznajomieniu się z odnośnem piśmiennictwem przekonałem się, że tylko Pomorski [3]) zwrócił również uwagę na okoliczność, iż przecięcie klatki piersiowej ułatwia wogóle wydobycie płodu w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych. O ile mnie się jednak zdaje, szczegółu tego nie wyzyskał całkowicie w należyty sposób, gdyż radzi zawsze przecinać przedewszystkiem kręgosłup płodu, a przy wykonywaniu zabiegu, jak się sam wyraża: „chodzi tylko o to, ażeby myśl swoją przeprowadzić, a tą jest przeciąć kręgosłup czy w szyjce, czy w kręgach piersiowych, rozdzielić dalej klatkę piersiową na dwie części, jedną z nich użyć za pas do ściągania pośladków, a drugą połową wyciągnąć główkę". Pomorski przecinał kręgosłup i klatkę piersiową nożyczkami Coopera na ciemno, kontrolując działanie narzędzia ręką swoją, wprowadzoną wewnątrz.

Polecając dalej wykonywanie zabiegu pod kontrolą wzroku, muszę zaznaczyć, że pod tym względem nie jestem wcale odosobnionym. I tak Kehrer wyraził przypuszczenie, że przy wykonywaniu embryotomii użycie wzierników mogłoby się okazać korzystnem. Skene [4]) zaś wprost zalecił używanie wzierników Simsa przy wykonywaniu niektórych operacyi położniczych. Od szeregu lat, bo od roku 1896, operuję prawie zawsze po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników łyżkowych w tych przypadkach położniczych, w których wogóle wprowadzenie do części rodnych i użycie narzędzi jest wskazanem. Wyjątek stanowią przedewszystkiem operacye, wykonywane zapomocą kleszczy.

Ogólne zasady mojego postępowania, odnoszące się do zabiegów, mających na celu zmniejszenie główki lub tułowia z następowem wydobyciem płodu, podałem w r. 1897. Następnie zaś w roku 1898 opisałem szczegółowo swoje postępowanie w przypadkach, w których wskazanem jest wykonanie zmniejszenia pojemności główki poprzedzającej w celu rozwiązania rodzącej. W następnym roku, t. j. 1899, pojawił się artykuł Civela [5]), w którym autor zaleca w celu zmniejszenia pojemności główki lub tułowia, postępowanie, odpowiadające w ogólnych zarysach zasadom, jakie poprzednio w moich pracach dokładnie przedstawiłem. Zaleca więc Civel operować po odsłonięciu pola operacyjnego, posługuje się taksamo nożyczkami, do chwytania zaś i wydobywania płodu używa również mocnych kilkuzębnych francuskich szczypczyków z zamknięciem. Zalety takiego posługiwania się szczypczykami w celu pociągania i stopniowego nastawiania sobie odpowiednich części płodu w polu działania, ocenił także należycie w swoim artykule Latzko [6]). Wykonywał on wprawdzie embryotomię na ciemno, kierując się tylko dotykiem, pomimo tego jednak takie stopniowe nastawianie sobie zapomocą szczypczyków coraz to dalszych części płodu ułatwiało mu znakomicie cały zabieg. Nazwał zaś Latzko to moje postępowanie stopniowego nastawiania sobie zapomocą szczypczyków w polu działania coraz to dalszych części płodu „Klettermetode". Wreszcie Queisner [7]) ogłosił przed rokiem krótki artykuł, w którym również poleca używanie szczypczyków w celu ściągania i nastawiania pojedynczych części płodu w polu operacyjnem, przy wykonywaniu pomniejszenia główki lub tułowia płodu.

Streszczając w końcu swoje poglądy w kilku zdaniach, proponuję, aby w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, w których zmuszeni jesteśmy wykonać zmniejszenie tułowia z następowem wydobyciem płodu:

[3]) Pomorski: Nowiny lekarskie, rok 1901.

[4]) Skene: Verhandlungen der americanischen gynäkologischen Gesellschaft. Referat w Centralblatt für Gynäkologie Nr. 12, rok 1877 i Nr. 26, rok 1888.

[5]) Civel: Arch. prov. de chir. Nr. 4—1899. Referat w Centralblatt für Gynäkologie Nr. 2—1900.

[6]) W. Latzko: Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Band XIV. Heft 6.

[7]) H. Queisner: Centralblatt für Gynäkologie Nr. 41, 1902.

I. Cały zabieg wykonywać pod kontrolą wzroku po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników.

II. Rozpocząć zawsze zabieg na tej części płodu, która będzie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną.

III. Jeżeli wyjątkowo szyjka płodu jest dostatecznie widoczną po odsłonięciu w polu operacyjnem, należy wykonać przecięcie kręgosłupa przez kręgi szyjne, oszczędzając części miękkie.

IV. We wszystkich innych przypadkach, w których w polu widzenia będzie ustawiony jużto bark, już też jakakolwiek inna część klatki piersiowej, radzę przedewszystkiem przeciąć całą klatkę piersiową, mniej lub więcej ukośnie względem osi podłużnej płodu.

V. Rozpoczynając od części płodu najniżej ułożonej, należy przecinać najpierw górną, a potem dolną część klatki piersiowej po poprzedniem nastawieniu sobie w polu widzenia odpowiednich części zapomocą szczypczyków.

VI. Po dokonaniu przecięcia klatki piersiowej należy przez pociąganie w odpowiednim kierunku zapomocą szczypczyków starać się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się.

VII. Gdyby po przecięciu klatki piersiowej nie udało się łatwo płód wydobyć, należy nastawić w polu widzenia i przeciąć następnie kręgosłup płodu.

VIII. W przypadkach, w którychby i po przecięciu kręgosłupa wydobycie płodu sprawiało trudności, należy dokonać całkowitego przepołowienia płodu przez przecięcie poprzeczne w dalszym ciągu i drugiej połowy klatki piersiowej, a następnie dopiero wydobyć najpierw jedną, a potem drugą połowę płodu.

IX. Wreszcie wobec znacznego niestosunku porodowego przy położeniu płodu poprzecznem zaniedbanem powinno się w razie potrzeby zastósować kawałkowanie płodu w dosłownem tego słowa znaczeniu.

Sądzę, że w ten sposób udało mi się przedstawić szczegółowo postępowanie, jakie obecnie stosuję w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych i nie pozostaje mi teraz nic innego, jak tylko polecić raz jeszcze podany sposób w celu dalszego wypróbowania. Czynię zaś to tem śmielej, że uważam postępowanie, które powyżej podałem, za mniej niebezpieczne i łagodniejsze dla rodzącej, a wcale nie trudniejsze do wykonania, w porównaniu z dotychczas ogólnie w tym celu przyjętymi i polecanymi sposobami.

W końcu poczuwam się do obowiązku złożyć na tem miejscu szczere podziękowanie Prof. Drowi Marsowi za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego i czynienia odpowiednich doświadczeń w pracowni [8]).

[8]) Piśmiennictwa odnośnego, które jest bardzo obszerne, nie podaję, gdyż zebrane zostało starannie i ogłoszone niedawno przez Latzkę: *Beiträge zur Technik der Embryotomie* (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynakologie Band XIV, Heft 6, 1901).

W ciągu artykułu zaznaczyłem tylko kilka prac, które w poprzednio wymienionym spisie nie są umieszczone.

III. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Wreszcie pozostaje wyjaśnić, dlaczego mięsienie przedwcześne, t. j. przedsięwzięte już w pierwszej fazie trzeciego okresu i wygniatanie łożyska powodują częstokroć zamianę mechanizmu prawidłowego na mechanizm Dunkana. Mięsienie, a szczególnie ugniatanie macicy i obniżanie jej w kierunku wychodu miednicy, przyspieszają obniżanie się łożyska, podczas gdy krwiak nie miał czasu jeszcze dokładnie podminować błon w trzonie i dnie. Dlatego też: sztucznie stwarza się takie warunki dla mechanizmu, jak gdyby górny brzeg łożyska był przyrośnięty i nie mógł się obsuwać, podczas gdy dolny brzeg łożyska wraz z przyległą partyą błon nadzwyczaj energicznie okazuje tendencyę do obniżania się. Oczywiście, że wobec tych warunków łożysko wraz z błonami odklei się zawcześnie od okolicy pierścienia skurczowego, duplikatura wypłaszczy się, a brzeg łożyska ześliźnie się aż do ujścia zewnętrznego macicy. Przy forsownych wygniataniach udaje się wtedy sprowadzić brzeg łożyska aż do szpary sromowej, ale łożysko, jeżeli tylko błony się nie oderwały, po zwolnieniu nacisku cofa się w głąb przewodu rodnego. Pozostawiwszy dalszy bieg naturze (jeżeli popłód wogóle urodzi się siłami natury), widzimy, że stworzyliśmy sztucznie warunki do powstania typowego mechanizmu Dunkana.

Kiedy łożysko zrywa związek z miejscem łożyskowem? Na początku ustępu, omawiającego mechanizm pierwszej fazy 3-go okresu, przyjąłem dowolnie, że łożysko aż do chwili porodu dziecka po barki jest jeszcze w całości przyklejone do miejsca łożyskowego, a zaczyna dopiero odklejać się w ostatnich chwilach 2-go okresu tak, iż dopiero pierwsza faza 3-go okresu kończy odklejenie łożyska i uskutecznia wydalenie go poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka.

Czy mamy niezbite dowody, któreby tego rodzaju pogląd usprawiedliwić mogły? Czy może łożysko aż do ostatnich chwil 2-go okresu pozostaje w ścisłym związku anatomicznym z miejscem łożyskowem tak, że dopiero trzeci okres odkleja go i wydala? Czy może łożysko zaczyna odklejać się już w ostatnich chwilach 2-go okresu, nawet wtedy, gdy jeszcze żadna część płodu nie znajduje się poza matką, a więc w chwilach, gdy np. główka płodu rozwiera szparę sromową i przygotowuje się do przejścia? Rozstrzygnięcie tych kwestyi jest ważne ze względu na dyetetykę porodu w interesie płodu. Jeżeli bowiem łożysko odkleja się dopiero w początkach 3-go okresu, albo też w ostatnich sekundach 2-go okresu i to tylko częściowo, a nie odkleja się jeszcze, gdy ściąganie się macicy nie postąpiło znacznie z powodu opuszczenia kanału rodnego przez pewną część płodu, np. główkę, czy pośladek, to możemy bezkarnie ostatnie chwile 2-go okresu sztucznie przewlekać, celem ochrony

międzykrocza bez obawy, iż dziecko udusi się z braku tlenu, a w razie urodzenia się płodu omdlałego nie będziemy go odrazu odpętlać, gdyby jeszcze była możliwość dostawania się doń utlenionej krwi z łożyska niezupełnie odklejonego. Naodwrót, jeżeli związek łożyska z miejscem łożyskowem zrywa się już prawie całkowicie w ostatnich chwilach drugiego okresu, to musimy się spieszyć z wydobyciem płodu, skoro tylko choćby jego część dostała się na zewnątrz, np. główka, lub pośladki.

Kwestya ta była często dyskutowaną w piśmiennictwie. Każda z wyżej wyliczonych możliwości ma tu swoich obrońców i zwolenników. Ja przedstawię tu tylko wiadome mi doświadczenia, jakie robiono na kobietach w celu rozwiązania zagadki. Fehling i Ahlfeld chcieli dojść do rozwiązania trudności drogą badania chemicznego. I tak: wychodząc z założenia, że w razie związku łożyska z miejscem łożyskowem istnieje osmoza gazów i cieczy między krwią matki, a krwią łożyska, a więc i płodu, dawali wdychiwać rodzącym w końcu 2-go okresu w czasie ostatnich bolów, wydalających płód, albo też w czasie samego wyjścia dziecka, chloroform poczem po upływie kilku chwil, odpętlali dziecko i krew wyciekającą z pępowiny badali na chloroform stale z wynikiem ujemnym. Wobec tych wyników twierdzą oni, że łożysko zrywa związek z miejscem łożyskowem już w czasie ostatnich bolów, wydalających płód tak, że trzeci okres właściwie uzupełnia odklejenie się popłodu, t. j. głównie błon i wydala odklejony popłód. Szereg innych autorów starał się poznać tę sprawę przez bezpośrednie badanie wnętrza macicy tuż po porodzie dziecka, albo nawet w ostatnich chwilach 2-go okresu. I. tak: Lemzer zbadał wewnętrznie 168 przypadków, wchodząc do macicy bezpośrednio po porodzie dziecka, ile możności jeszcze obok wydostających się nóżek płodu i znalazł, że tylko w czterech przypadkach łożysko było całkowicie w związku z miejscem łożyskowem, a z tych czterech w dwóch przypadkach odkleiło się ono przed wystąpieniem bolów okresowych 3-go okresu. Zresztą znachodził zawsze łożysko odklejone, które w znacznej części opuściło jamę trzonu tak, że znachodziło się nieopodal ujścia zewnętrznego macicy. Schatz i Schröder badali wewnętrznie 120 przypadków i doszli do identycznyah rezultatów. (Schröder: *Beitrag zur Phys. der Austr. und Nachgeburtsperiode Z. f. G. und G. Bd. XI, str. 421. J. 1885*). Ernst Cohn powtórzył doświadczenia Lemzera-Schatza i Schrödera i oczywiście doszedł do tychsamych wyników. Chcąc atoli wybadać dokładnie szczegóły mechanizmu odklejania się łożyska, przeprowadził on kilka doświadczeń i zmodyfikował sposób badania poprzedników. Autor ten bardzo wolno wyciągał tułów dziecka, ile możności w przerwie między bolami. Zauważył przytem, iż macica w miarę dobywania się coraz to nowych partyi płodu, ściągała się zwolna, ale ustawicznie, jak gdyby za płodem postępowała, mimo, iż muskulatura jej nie była w skurczu. Jeżeli mu się udało wydobyć dziecko przez szparę sromową tak delikatnie, że macica nie popadła w skurcz, to wprowadziwsy bez żadnych trudności całą rękę do wiotkiego trzonu, napotykał zawsze łożysko, wprawdzie sfaldowane i nierówne, ale bez jakiegokolwiek centralnego lub bocznego wypuklenia, a więc przymocowane na całej powierzchni do miejsca łożyskowego. Autor trzymał rękę w trzonie macicy w zetknięciu z powierzchnią łożyska i czekał. Po kilku minutach wystąpił pierwszy ból. W czasie bolu łożysko uległo silnemu sfaldowaniu (Wulstung der Placenta), pozostało atoli w swem dawnem położeniu. W czasie przerwy dopiero, gdy ból ustał, wystąpił silny krwiak pozałożyskowy, który wypuklił środek łożyska, oraz dolny brzeg jego, przyczem błony w okolicy dolnego brzegu łożyska częściowo odkleiły się i silnie napięły. Po pięciu minutach przerwy wystąpił drugi ból okresowy, wśród którego łożysko nagle dolną połową zstąpiło po ręce autora do jamy dolnego odcinka. Po trzech minutach pauzy wystąpił trzeci ból, w czasie którego całe łożysko ześliznęło się po ręce do jamy dolnego odcinka, posuwając się ku dołowi brzegiem dolnym. Błony jednak były jeszcze w związku z wewnętrzną powierzchnią trzonu. Z tą chwilą zachęcał autor kobietę do parcia; wśród parcia oddarły się błony w dole tak, że skrzepy mierne odeszły na zewnątrz, łożysko atoli nie obsunęło się ku dołowi. Wobec tego polecił kobiecie usiąść i przeć, co atoli nie spowodowało odejścia łożyska, a tylko wystąpił krwotok miernego stopnia. Dopiero ucisk na dno macicy ręką (expressio placentae) spowodował wyjście łożyska powierzchnią matczyną, czyli tak, jak w mechanizmie Dunkana. (Ernst Cohn: Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode Z. f. G. und G, J. 1866, Bd. XII, 3. H.). Doświadczenie Cohna, jakoteż badania Lemzera-Schrödea itd. powtórzył w roku 1894 Curatulo (Annal. de Ost. e Gin. Nr. 1), z których to doświadczeń podał referat Gattorno: „Centralblatt für Gyn. J. 1894 p. t.: Ueber die 3-te Geburtsperiode“, i oczywiście doszedł do tychsamych wyników.

Autorowie, wyżej wymienieni, na podstawie swych bezpośrednich badań wnętrza przewodu rodnego w pierwszej fazie 3-go okresu wysnuli całkowitą teoryę mechanizmu trzeciego okresu. Oczywiście błędną, bo opartą na jednostronnej obserwacyi mechanizmu zaburzonego przez doświadczenie. Fakta przez nich podane są niewątpliwie pewne, bo są wszechstronnie sprawdzone, jednakowoż nie mogą sobie rościć pretensyi do stania się obrazem bezpośredniej obserwacyi naturalnego biegu 3-go okresu, a mają tylko wartość *„experymentu in viva“*. Dają one odpowiedź na pytanie, jak przebiegnie mechanizm 3-go okresu, jeżeli bezpośrednio po porodzie dziecka wsuniemy do jamy trzonu ciało płaskie o pewnej pojemności i tam go trwale trzymać będziemy dopóty, dopóki łożysko nie obsunie się do jamy dolnego odcinka. Odpowiedź brzmi: w mechanizmie Dunkana.

Niemniej atoli doświadczenia te dosadnie pouczają nas o kilku prawdach. I tak: łożysko w razie braku bolu w pierwszych chwilach 3-go okresu, mimo całkowitego opróżnienia macicy może pozostać w związku z miejscem łożyskowem i to aż do wystąpienia bolów okresowych. Jeżeli tak, to w warunkach fizyologicznych może ono pozostawać w związku z miejscem łożyskowem prawie aż do końca 2-go okresu, ale też w warunkach fizyologicznych musi się ono odklejać w pierwszej chwili po porodzie dziecka, t. j. w czasie ostatniego bolu, który resztę płodu wyparł i przeszedł w tężec muskulatury macicy, trwający do 10 minut i dłużej, i to w ten sposób, że przedewszystkiem odklei się środek, dolny brzeg łożyska i przyległa partya błon, zaś reszta łożyska pozostanie jeszcze jakiś czas w związku z miejscem łożyskowem

i sfałduje się, albowiem warunki, z jakimi fizyologicznie spotyka się obecnie łożysko, są podobne, jakie były podczas pierwszego bolu w doświadczeniu Cohna. W doświadczeniu Cohna w czasie przerwy po pierwszym bolu wypuklilo się centrum, dolny brzeg łożyska i partya przyległych błon, co świadczy o tem właśnie, że te części popłodu przedewszystkiem się odkleiły tak, że pod nie mogła się krew dostać. W warunkach najczęstszych, a więc w mechanizmie normalnym, wypuklenia tego niema, bo tężec trwa kilka minut, a więc krwiak nie wzrasta nagle, lecz powoli. Natomiast tężec, wywołując ściąganie się miejsca łożyskowego, zmniejszał jego średnicę tak, że z odklejonej partyi popłodu wobec ciśnienia naprzeciwległej ściany trzonu musi się utworzyć zrazu prawie pusta i płaska duplikatura, która, natychmiast wypchnięta do jamy dolnego odcinka, dopiero zwolna wypełnia się krwią. Skoro zaś tężec minie i w jamie trzonu znalazłyby się warunki do wytworzenia się wypuklenia, jest na to wypuklenie za późno, bo łożysko jest już zazwyczaj wydalone w dolnym odcinku.

Że łożysko nie odkleja się w całości w czasie ostatniego bolu, wydalającego płód, ale dopiero w czasie pierwszych minut 3-go okresu, mamy dowód w tem, że na górnej części powierzchni owodniowej łożyska regularnie spotykamy charakterystyczne sfałdowanie, którego brak w otoczeniu dolnego brzegu łożyska, a więc w partyi łożyska przedewszystkiem się odklejającej. Sfałdowanie to dowodzi, iż ta właśnie część przystosowała się do ściągniętego miejsca łożyskowego w pierwszych chwilach 3-go okresu. Tę przystosowaną i sfałdowaną część górną łożyska odklejają dopiero czynniki, wstępujące w grę w czasie pierwszej fazy trzeciego okresu, a więc umiarkowany krwiak, będący pod ciśnieniem tężca muskulatury, usiłującego ściągnąć do najmniejszych wymiarów miejsce łożyskowe, oraz jamę trzonu macicy.

Określając krótko zapatrywanie moje na kwestyę, kiedy łożysko zostaje odklejone, powiem: Łożysko w warunkach fizyologicznych pozostaje w związku anatomicznym z miejscem łożyskowem aż do końca drugiego okresu. Ostatni ból wydalający płód odkleja łożysko w dolnej części, reszta łożyska zaś zostaje odklejoną i wydaloną w czasie pierwszej fazy trzeciego okresu. Ten mechanizm pierwszej fazy 3-go okresu zależy od wzajemnego oddziaływania na siebie czynników następujących: 1) umiejscowienie łożyska; 2) siła tężca muskulatury; 3) fizyologiczna zdolność do ściągania się macicy; 4) prawidłowy przebieg pierwszego i 2 go okresu porodowego, który warunkuje prawidłowy tok odklejania się popłodu (w warunkach fizyologicznych i błon); 5) prawidłowa spójność kitu, t. j. doczesnej następowej i zagiętej Najczęstszym jest typ prawidłowy, oraz przejściowy od normalnego do Schultzego. Drugie miejsce zajmuje typ Dunkana i przejściowe do normalnego Dunkana; najrzadszym jest czysty typ Schultzego.

Druga faza 3-go okresu porodowego liczy się od chwili opuszczenia jamy trzonu przez łożysko i jego zejścia do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, aż do chwili opuszczenia przez popłód jamy macicy i zejścia łożyska do jamy pochwy.

W jaki sposób popłód przedostaje się przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy w mechanizmie prawidłowym Schultzego i Dunkana, zostało dokładnie opisane w klinicznym przebiegu 3-go okresu. Tu pozostaje tylko omówić i wyjaśnić rolę czynników, biorących udział w tym akcie fizyologicznym.

W mechanizmie prawidłowym i Schultzego, oraz przejściowych, czynnikiem, wydalającym łożysko z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi do jamy pochwy przez ujście zewnętrzne macicy, musi być krwiak, albowiem tenże znajduje się pod ciśnieniem w czasie skurczów okresowych. Czynnik ten atoli niema większego znaczenia w przypadkach mechanizmu Dunkana, oraz przejściowych z mechanizmem normalnym a Dunkana, bo tu wszelkie ewentualne podwyższenie parcia krwi pod wpływem skurczu spowoduje w następstwie wygniecenie krwi tej na zewnątrz, a nie parcie, analogiczne do parcia płynu na tłok. Pośrednia atoli rola krwiaka dla wydalenia się popłodu w mechanizmie Dunkana będzie korzystną, a mianowicie o tyle, o ile tenże krwiak, uwięziony w czasie skurczu w jamie trzonu, wskutek skurczu okolicy pierścienia skurczowego dopomoże do podminowania i odklejenia się błon.

Czynnikiem, który głównie powoduje wydalenie się popłodu do jamy dolnego odcinka i szyi są skurcze muskulatury tej części macicy. Właśnie obserwacya mechanizmu typowego Dunkana, gdzie popłód jest wypuklony powierzchnią matczyną i postępuje ku dołowi brzegiem dolnym, gdzie krwiaka pozałożyskowego poprostu niema, bo się całkowicie wylał, świadczy naocznie o doniosłej roli tego czynnika. Skurcze okresowe, jakim podlega muskulatura trzonu, dna i okolicy p. skurczowego macicy w czasie drugiej fazy 3-go okresu, muszą być bezwarunkowo także i w muskulaturze podłużnej dolnego odcinka, inaczej bowiem nie można by sobie wytłómaczyć racyonalnie siły, któraby rodziła łożysko w mechanizmie Dunkana przez ujście zewnętrzne macicy. Przyjmowanie działania takiego czynnika wydalającego, jak ciężar popłodu u kobiety leżącej, nie wytrzymuje krytyki. Działanie skurczów okresowych muskulatury dolnego odcinka wyobrazić sobie należy w ten sposób, iż rytmicznie usiłuje się skrócić długość jamy dolnego odcinka, przez co rozdęta szyja wraz z ujściem zewnętrznem rytmicznie usiłuje nawdziać się na łożysko. Pozornie zatem wydaje się, że łożysko, czy popłód, posuwa się ku dołowi, podczas gdy w rzeczywistości ujście zewnętrzne macicy cofa się ku górze, rozszerzając się przytem. To cofanie się ku górze brzegów ujścia zewnętrznego macicy można śledzić krok za krokiem w mechanizmie prawidłowym 3-go okresu, a także i w mechanizmie Schultzego.

Od czasu Schrödera utarł się w położnictwie pogląd, iż macica w czasie porodu dzieli się na dwie odrębne partye co do roli fizyologicznej, t. zw. *Hohlmuskel*, część czynną i *„Durchtrittschlauch"*, do którego należy dolny odcinek i szyja, a który wraz z pochwą tworzy część bierną przewodu rodnego. Pogląd ten jest oczywiście nieprawdziwy. Dolny odcinek pracuje i spełnia swe czynne zadanie, nie oglądając się, że się tak wyrażę, na łaskę trzonu i dna.

Do pewnego stopnia częścią bierną przewodu rodnego możnaby nazwać dopiero szyję, oraz pochwę. Te dwie części

przewodu rodnego i embryologicznie są sobie pokrewne i wykazują anatomicznie wiele cech wspólnych, a w czasie rodzenia i rozwoju jaja płodowego zachowują się względnie obojętnie.

Trzecia i ostatnia faza 3-go okresu liczy się od chwili zejścia łożyska do jamy pochwy przez całkowicie rozwarte ujście zewnętrzne macicy, do chwili opuszczenia popłodu przez szparę sromową na zewnątrz. W jaki sposób ta trzecia faza przebiega w poszczególnych mechanizmach, dokładnie przedstawione zostało przy opisie klinicznym trzeciego okresu.

Tu pozostaje tylko omówić rolę czynników, wydalających popłód. W grę wchodzić tu mogą następujące czynniki: 1) skurcze robaczkowe pochwy; 2) ciężar popłodu; 3) krwiak; 4) parcie niewiasty; a z przeszkód: stopień odklejenia się błon, oraz stopień ściągnięcia się ujścia zewnętrznego pochwy.

Najważniejszym czynnikiem, wydalającym popłód z jamy pochwy na zewnątrz, jest bezwątpienia parcie niewiasty. Parcie to zjawia się zawsze, ilekroć w jamie pochwy znajduje się podnieta do wywołania odruchu, czyto w formie popłodu, czy obfitszych skrzepów krwi. W jaki sposób działa ten czynnik wydalająco na ciało, znajdujące się w pochwie, możemy studyować, wprowadziwszy pięść do jamy pochwy przy sposobności jakiejkolwiek operacyi położniczej. Czujemy wtedy, jak macica w całości wstępuje do przewodu pochwy w kierunku ujścia zewnętrznego pochwy i ciśnie jakby tłok na ciało, będące w jamie pochwy, usiłując go wyprzeć. Przy bardzo gwałtownem parciu można nawet zobaczyć ujście zewnętrzne macicy w szparze sromowej niewiasty, a więc tak nizko, że w tych przypadkach poprostu w pochwie niema miejsca na pomieszczenie choćby bardzo mało pojemnego ciała. To nam tłómaczy fakt, że przy wczesnych poronieniach z całą łatwością po pewnym czasie wyparte zostają na zewnątrz nawet bardzo małe strzępy jaja płodowego.

Że w trzecim okresie częstokroć jesteśmy zmuszeni dopomódz naturze w wydaleniu popłodu z jamy pochwy na zewnątrz, powodem tego jest nietyle słaba działalność parcia niewiasty, ile niezupełne odklejenie się popłodu, a mianowicie błon, przyrosłych do okolicy pierścienia skurczowego. Parcie niewiasty musi przedewszystkiem do reszty odkleić błony, a dopiero po uskutecznieniu tego wydalić może łatwo popłód. Odklejenie się zaś błon wymaga czasu rozmaicie długiego, w znacznym % przypadków znacznie dłuższego, niż w dyetetyce 3-go porodu przyjętego, $1\frac{1}{2}$-godzinnego, zależnie od takich czynników, jak wielkość popłodu, wielkość krwiaka pozałożyskowego, łatwość oddzielania się błon, fizyologiczne lub też patologiczne zrosty błon. Ilekroć wygniecie my łożysko na zewnątrz przed wystąpieniem ostatecznych oznak odklejenia się popłodu, tyle razy wisi ono jeszcze na błonach, które trzeba dopiero odkręcać.

Jako niewątpliwą oznakę ukończenia się zupełnego odklejenia się popłodu należy uważać ukazanie się samoistne popłodu, a raczej wypuklonego łożyska w szparze sromowej. Z chwilą, gdy popłód zaczyna napierać na międzykrocze i rozwierać szparę sromową, przyczem, jak zauważyłem przy opisie klinicznym przebiegu 3-go okresu, sposób przechodzenia popłodu przez szparę sromową bywa rozmaity, zależnie od formy mechanizmu, można uważać odklejenie popłodu za skończone. A wygnieciony teraz popłód okaże na błonach całkowicie utrzymany mały otwór pęknięcia pęcherza. Jestto reguła, mojem zdaniem, bez wyjątku.

IV. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Z obrazu mikroskopowego, wyżej wspomnianego, do ułożenia którego posługiwałem się bardzo obfitym materyałem guzów ze skóry i narządów wewnętrznych, wyciągnąć można przedewszystkiem pewne wnioski co do sposobu powstawania guzów. Obok nowotworów dobrze wykształconych, ulegających nawet częściowo rozpadowi, spotykamy świeże nacieki, które musimy uważać za początki tej sprawy chorobowej i które tem samem muszą nas najwięcej interesować. W tkance podskórnej w początkowych okresach, a później i wyżej w skórze właściwej, wytwarzają się gromady komórek o cechach komórek plazmatycznych, w których widać dość licznie jądra w podziale, w niektórych zaś cytoplazma obrzęka, staje się obfitszą, przez co komórki zbliżają się wejrzeniem do komórek w guzkach już rozwiniętych. Nacieki te początkowo nie różnią się prawie zupełnie od spostrzeganych w skórze w chorobach zakaźnych przewlekłych, jak kiła, a głównie gruźlica. Rozwój następowy nawet nie wiele się różni z początku od tych ostatnich zmian, komórki plazmatyczne bowiem (których pochodzenia rozstrzygać tu nie mogę) przybierają postać komórek nabłonkowatych *(epitheloidale Zellen)*, a wreszcie tworów olbrzymich, takich samych, jak w innych sprawach chorobowych przewlekłych.

Od tej chwili widać jednak jak gdyby dwie postacie rozwoju; jedne guzki, leżące zazwyczaj na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej, rozwijają się przy utrzymanych, a tylko rozsuniętych wiązkach tkanki klejorodnej *(Fig. 3)*; drugie wzrastają w zraziki, oddzielone od siebie włóknami tkanki łącznej i stanowiące ścisłą *(Fig. 2)* całość. Widzimy zatem w jednym przypadku obrazy, które Unna określa jako rozlane *(diffuse Formen)*, w drugim jako ugrupowane *(figurirte)*. Wreszcie w obu tych postaciach dochodzi do martwicy ognisk komórkowych: komórki rozpadają się, ulegają wessaniu, a na ich miejsce wytwarza się świeża tkanka łączna, jak to widać wyraźnie w guzkach ustępujących. W pierwszym rodzaju guzków ognisko martwicze powstaje w środku guza, zajmuje pewną część jego i zdaje się rozszerzać w obwodzie, w guzkach zaś budowy zrazikowej rozpad komórek powstaje także, ale na pewnych miejscach w zrazikach, w które wchodzi tkanka łączna otoczenia. W plamie barwikowej po guzku, który, sądząc z makroskopowego wejrzenia, w zupełności ustąpił, widzieliśmy najdokładniej to nowotworzenie się tkanki łącznej, bo widzieliśmy tworzenie się blizny. Skóra w takich miejscach była w całości ścieńczała, zanikła; naskórek węższy, niż w otoczeniu, co jednak w pewnej części przynajmniej odnieść należy do znacznego wyniszczenia ustroju *(cachexia)*.

Wykazałem zatem, że nowotwory w mięsakach typu Kaposiego różnią się budową anatomiczną od nowotworów w opisanym przypadku; różnice te w budowie są, jak wspomniałem, znaczne: pierwszy nazwaćby można z punktu anatomicznego mięsakiem wrzecionowato-komórkowym (*s. fusocellulare*), drugi okrągło-komórkowym (*s. globocellulare*). Na różnice tych dwóch typów nowotworowych wpływa również bardzo wybitnie obecność tworów olbrzymich w mięsakach ogólnych skóry, podczas gdy nie znajdowano ich nigdy w mięsakach typu Kaposiego. W opisanym przypadku tworów olbrzymich było tak dużo, że histologicznie zaliczyćby należało ten przypadek do mięsaków o tworach olbrzymich (*Riesenzellensarcom*). Słusznem mi się wydaje wskazanie na postać tych tworów olbrzymich, podobnie jak to czyni Unna; są to bowiem komórki duże o licznych jądrach, z których jedne mniej, inne więcej posiadają chromatyny; komórki, których cytoplazma jest bardzo obfita, jednolita, zatracająca tak swoją barwliwość, że zamiast przybierać barwnik zasadowy, barwi się obojętnym. (Orceina obojętna i błękit metyl. Unny). Nie myślę rozstrzygać sposobu powstawania tworów olbrzymich; te jednak zdają się być dużemi komórkami tkanki łącznej, w których jądro uległo wielokrotnemu podziałowi, podczas gdy cytoplazma już uległa zwyrodnieniu (*Chorioplasen* Unna).

Unna wspomina, że we wszystkich przypadkach mięsaków okrągło-komórkowych znajdował twory olbrzymie, zależnie od przypadku mniej lub więcej obfite. W dotyczącym przypadku znajdowałem dużo tych komórek w guzach okrągłych, ściśle ograniczonych, które w guzach rozwijających się jako naciek między tkanką klejorodną, a w guzkach ustępujących tylko tu i owdzie między licznemi komórkami tkanki łącznej. Zarazem w guzach dużych widać rozpadające się te duże komórki, które, jak to się spostrzega w guzkach ustępujących, ulegają wessaniu, co nasuwałoby przypuszczenie, że ostatecznym, końcowym punktem rozwoju komórki tych tworów mięsakowych jest rozrost jej w postać tworu olbrzymiego, który może się rozpaść i uledz wessaniu, a przez to cały guzek może zupełnie ustąpić. Obecność tworów olbrzymich zatem uważaćby trzeba w takim razie za coś bardzo cechującego liczne mięsaki skóry, odróżniające się już przebiegiem klinicznym od mięsaków typu Kaposiego. — Unna twierdzi, jak wspomniałem, przy opisie mięsaków okrągło-komórkowych, że w nich znajdują się komórki olbrzymie, których niema w mięsakach o komórkach wrzecionowatych; zaznacza jednak, że istnieje osobny typ mięsaków, złożonych z komórek olbrzymich i taką postać opisuje. I znowu mimowoli nasuwa się przypuszczenie, ze względu, że we wszystkich mięsakach okrągło-komórkowych twory olbrzymie znajdowano, czy nie jest to tylko różnica ilościowa, czy ten ostatni rodzaj mięsaków (o tworach olbrzymich) nie jest więcej rozwiniętą postacią poprzedniego rodzaju mięsaków okrągło-komórkowych? Późniejsze badania histologiczne wszystkich przypadków mięsaków wykażą, czy przypuszczenie to jest słuszne, czy rzeczywiście znalezienie komórek dużych o cechach tworów olbrzymich jest cechą rozpoznawczą dla tego drugiego typu mięsaków, które, jak dotąd, ściśle odłączamy od mięsaków Kaposiego.

Różnice zatem budowy anatomicznej guzów rozwiniętych obu typów są znaczne; a jednak przy spostrzeganiu nacieków początkowych, z których guzy te powstają, widzimy, że trudnoby było określić z nich, jakiego typu guz ma się rozwinąć. Już wspomniałem wyżej, że pierwotnie znajdujemy w obu przypadkach gromady komórek tkanki łącznej różnego kształtu i wielkości, komórek, przekształcających się powoli w komórki nowotworowe, w obu typach nowotworów tak od siebie różne. Te nacieki początkowe jednak dowodzą tylko, że w obu przypadkach pochodzenie komórek jest jednakowe, bo komórką pierwotną jest zawsze komórka tkanki łącznej. Już z początku rozwoju jednak zarysowują się pewne różnice; w przypadkach typu Kaposiego tkanka łączna organizuje się niejako, tworzy zawsze guz jednolity, ściśle odgraniczający się od otoczenia, chociaż w guzku rozwijającym się widać w obwodzie komórki plazmatyczne i przerosłe komórki tkanki łącznej, z których komórki guza zdają się powstawać. W przypadkach drugiego typu komórki, rozmnażając się, odsuwają wiązki tkanki klejorodnej od siebie i z takich rozwijających się smug komórkowych powstaje dopiero guzek, w początkach wcale nieściśle od otoczenia odgraniczony, nie tworzący jednolitej całości. Guzki, które opisałem na początku, a stanowiące zazwyczaj zrazikowatą całość, oddzielającą się pojedynczymi zrazikami od otoczenia, zdają się być tworami starszymi, więcej rozwiniętymi.

Przy badaniu guzków ustępujących ostatniego typu zwraca uwagę naszą rozrost komórek tkanki łącznej w miejsce ustępujących komórek nowotworowych, jak to zresztą spostrzegamy i w sprawach zapalnych przewlekłych, n. p. w gruźlicy lub kile. Ten sam objaw spotykamy i w narządach wewnętrznych, w których, n. p. w wątrobie, widzimy zanik tkanki gruczołowej, na miejsce której występuje tkanka łączna. Wreszcie po ustąpieniu guzka powstaje w miejscu poprzedniej jego siedziby tkanka bliznowata, tkanka łączna o komórkach w przeważnej ilości zbliżonych do komórek, znajdowanych w skórze prawidłowej.

W guzkach mięsakowych typu Kaposiego objawów ustępowania nie spotykałem, chociaż niektórzy autorowie o ich ustępowaniu wspominają, a Sellei stara się tłómaczyć ten objaw częściowo powstawaniem wynaczynień, których nie spostrzegałem we wspomnianych przypadkach, częściowo zaś nowotworzeniem się naczyń.

Wszystkie te szczegóły histologiczne zdają się dowodzić, że guzy w obu tych rodzajach mięsaków pochodzą z tkanki łącznej; widzimy bowiem początkowo nacieki, złożone z komórek tkanki łącznej o różnej postaci, które następowo przekształcają się w komórki nowotworowe jednego lub drugiego typu. Przyczyn powstawania nacieków i przyczyny następowej ich przemiany nie znamy.

W piśmiennictwie coraz wybitniej objawia się zapatrywanie, że postacie chorobowe, o których mowa, a które zaliczamy do mięsaków, nie są właściwie nowotworami, a raczej jakiemiś przewlekłemi sprawami zapalnemi, bliżej nie znanemi.

Poszukiwania bakteryologiczne w samych guzach, jakoteż przeszczepiania na różne pożywki (między innemi także na krew i pożywki z dodatkiem krwi), dawały mi zawsze wynik ujemny. Podobnie ujemne wyniki otrzymywało i wielu autorów, co wprawdzie nie wyklucza z całą stanowczością przyrody zakaźnej guzów, ale też przypuszczenia tego nie potwierdza.

Przebieg kliniczny, chociaż w pewnych szczegółach

(możność ustępowania guzków, względnie mała złośliwość) nie przemawia w zupełności za przyczyną nowotworową guzów, to jednak w całości wcale jej nie wyklucza, choćby tylko ze względu na mięsakowe przerzuty w narządach wewnętrznych, które mają tęsamą budowę, co nowotwory leżące w skórze. A biorąc pod uwagę wszystkie te szczegóły i kliniczne i histopatologiczne, musimy stwierdzić co najmniej powinowactwo tych spraw chorobowych z rzeczywistymi mięsakami. Przyczyną różnego przebiegu tej sprawy nowotworowej w skórze, a w innych tkankach, może być różnica w budowie anatomicznej skóry i innych narządów, szczególnie zaś siła tkanki łącznej, która tak wielką odgrywa rolę w sprawach zakaźnych przewlekłych. W tych ostatnich, n. p. w gruźlicy lub kile późnej, zwraca także naszą uwagę wybitna różnica w przebiegu tych spraw w skórze, a w narządach wewnętrznych.

W końcu składam podziękowanie J. W. Prof. Reissowi za odstąpienie mi przypadku i pomoc w pracy.

Objaśnienie rysunków:

Fig. 1. Część guzka zrazikowego z brzegu; kształt komórek nowotworowych i ich barwliwość. Powiększ.: Zeiss. Ok. 2. DD. Barwienie: Orceina obojętna, błękit metyl. Unny i mięszan. gliceryny z eterem.

Fig. 2. Guzek zrazikowy; stosunek guzka do otoczenia. Powiększ.: Zeiss. 2. AA. Barwienie jak wyżej.

Fig. 3. Guzek w smugach; w środku guzka ognisko martwicowe. Powiększ.: Zeiss. 2. AA. Barwienie: Orceina kwaśna, błękit metylowy Unny.

Fig. 4. Pierwotny naciek w tkance tłuszczowej podskórnej; liczne komórki plazmatyczne, niektóre o dwóch jądrach, ich cytoplazma częściowo zwyrodniała. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 1.

Fig. 5. Guzek ustępujący, tu i owdzie utrzymane jeszcze komórki nowotworowe, otoczone komórkami tkanki łącznej. Powiększ.: Zeiss. 2. DD Barwienie jak Fig. 1.

Fig. 6. Miejsce po guzku, który ustąpił; świeża tkanka łączna, liczne włókna elastyczne. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 3.

Fig. 7. Drobny guzek typu Kaposiego, otoczony licznemi komórkami plazmatycznemi i przerosłemi komórkami tkanki łącznej. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 1.

V. Wyciągi.

Schulz: **Zapalenie okątnicze. Doświadczenia i wskazówki dla praktyki.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* 1903, Nr. 43). Główne objawy zapalenia okątniczego są: bolesność, gorączka i wymioty, do których najczęściej przyłączają się zatrzymanie stolca, bębnica i guz okątniczy; lecz rzadko wszystkie te objawy znachodzą się razem. Najstalszym objawem jest bolesność, która jednak nie zawsze występuje w okolicy biodrowo-kątniczej, albo nie jest największą w tem miejscu, co zależy od ruchomości kątnicy wyrostka robaczkowego, mogących zatem się znajdować w zupełnie innem miejscu. Jeśli otrzewna w większych rozmiarach jest zajętą, wtedy i ból jest rozlany i nawet uciskiem nie można ściśle wykazać wyrostka robaczkowego. Mimo to bolesność jest najważniejszą oznaką, szczególnie jeśli najwyraźniej zaznacza się w okolicy biodrowo-kątniczej i występuje już na najlżejszy ucisk. Gorączka nie ma nic znamiennego, może ona w lekkich przypadkach być wysoką, a w ciężkich uderzająco niską. Tętno prawie zawsze jest szybsze, często ponad 120 uderzeń na minutę. Bardzo przyspieszone i nikłe tętno, szczególnie, jeśli w porównaniu z niem ciepłota jest niską, oznacza ciężki stan schorzenia. Również wymioty prawie zawsze wskazują na stan ciężki, wyjąwszy wymioty z początku choroby, kiedy mogą być skutkiem niestrawności, wychodzącej z żołądka lub jelit. Później zaś pochodzą one z podrażnienia otrzewnej, albo są skutkiem zaparcia stolca i ruchu robaczkowego. Bezustanne wymioty są zawsze bardzo groźnym objawem. Opór, mogący przedstawić wszelkie stopnie od nacieku do ropnia okątniczego, występuje albo w okolicy biodrowo-kątniczej, albo w innem miejscu, jeśli kątnica gdzieindziej się znajduje. Bębnica może wystąpić w zupełnie lekkich przypadkach i brakować w najcięższych. Zatrzymanie stolca bardzo rychło się ukazuje, chociaż nieraz z początku może być i rozwolnienie. Zaparcie pochodzi albo z kurczu mięśni jelitowych, wywołanego bolami i odruchami, albo z porażenia jelit. — W pierwszym przypadku brzuch jest o wiele twardszym i bolesniejszym, w ostatnim bębnica dosięga większych stopni. Zatrzymanie stolca połączono z wymiotami pogarsza rokowanie.

Przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba zwrócić uwagę na inne sprawy zapalne i wrzodziejące w jelitach, więc na kamicę żółciową i nerkową, a szczególnie na schorzenia przydatków macicy, będące nieraz w połączeniu przyczynowem lub zdarzające się równocześnie z zapaleniem okątniczem. Przydatki bowiem zrastają się często z wyrostkiem robaczkowym i mogą być wciągnięte w guz okątniczy. Nawet ciąża zamaciczna i nowotwory, powstałe w tem miejscu, mogą dać powód do zamiany. Najczęściej jednak zaparcie stolca ma pozory zapalenia okątniczego, szczególnie, jeśli wypróżnienie z powodu innych chorób, np. przetok i rozpadlin rzyci, jest utrudnione. Często ta pomyłka nie zostaje wcale wyjaśnioną i pomnaża liczbę przypadków rzekomo wyleczonego zapalenia okątniczego; a były przecież wszelkie objawy główne, jak zatwardzenie, guz i ból w okolicy biodrowo-kątniczej, często jeszcze wymioty i gorączka. Lecz ból nigdy nie jest tak silnym, tętno odpowiada ciepłocie, a stan ogólny nie jest groźny, choć osoby histeryczne i nerwowe mogą udawać i stan zapadowy. Olejek rącznikowy i lewatywy wyjaśniają tu wnet rozpoznanie, lecz mimo to pomyłki są możliwe i do przebaczenia. Jest zresztą pewnem, że niektóre przypadki zaparcia stolca mogą rzeczywiście nieraz wywołać objawy okątnicze, najprawdopodobniej zapomocą prątka okrężnicowego lub innych bakteryj, które przy zastoju kału się rozmnażają i mogą się przedostać do otoczenia. To są lekkie przypadki zapalenia okątniczego, w których tętno jest dobre i odpowiada zawsze ciepłocie. Te właśnie przypadki zdarzają się w praktyce o wiele częściej, niż sądzą klinicyści i dlatego lekarze praktykujący wzbraniają się namawiać swoich chorych do operacyi, ponieważ tak znaczny odsetek przypadków przemija samoistnie. Lecz każdy lekki przypadek rychło może się stać groźnym i wtedy los chorego zawisł od najszybszego i racyonalnego leczenia. Rozpoznawać i rozróżnić pojedyncze formy i pojedyncze okresy choroby jest najważniejszem zadaniem dla działania leczniczego. Przypadki z zgorzelą wyrostka robaczkowego po największej części są spowodowane przez kamyki kałowe. Przypadki z rozlanymi objawami otrzewnowymi dają bardzo złe rokowanie i muszą w przeciągu kilku godzin być operowane. Najcięższe przypadki są posocznicze i między nimi są takie, gdzie objawy posocznicze uprzedzają sprawę miejscową, a nawet spowodowały śmierć osobnika, nim sprawa miejscowa wybuchła.

Co do leczenia, to S. stosuje lód wobec wysokiej ciepłoty i niezbyt silnego napięcia brzucha; przy znacznie wzdętych jelitach lód często źle działa, a szczególnie ucisk worka lodowego jest często nieznośny. Natomiast przy silnem naprężeniu brzucha kataplazmy działają przyjemnie i pod ich wpływem zmniejsza się znacznie napięcie jelit. W lżejszych przypadkach wystarczają okłady wysychające. Makowca nie radzi autor stosować w pierwszych dniach, gdyż gmatwa rozpoznanie i zatrzymując wypróżnienie, sprzyja zastojowi i rozmnażaniu się bakteryj. Dlatego też podaje on swoim chorym olejek rącznikowy i stosuje następnie lewatywę; dopiero, jeśli po dostatecznem wypróżnieniu napięcie jelit nie ustąpiło i wzmożony, bolesny ruch robaczkowy jeszcze istnieje, makowiec jest na miejscu i czyni dobre usługi. Z początku jednak dla bolów można podawać kodeinę lub morfinę podskórnie, wykluczając środki wstrzymujące. Przy uporczywych wymiotach płukanie żołądka często dobrze działa. Skoro jednak zjawiają się bezustanne wymioty lub czkawka, przyspieszone małe tętno i groźny stan ogólny, nie będący często w stosunku do sprawy miejscowej, leczenie wewnętrzne musi ustąpić i tylko nóż może chorego ocalić. Niektóre przypadki odrazu zaczynają się wśród groźnych objawów i wtedy nie wolno próbować leczenia wewnętrznego, lecz jaknajprędzej operować. Nakłucia S. nigdy nie robi; jeśli objawy są groźne, operuje on i bez stwierdzenia wysięku. Przy operacyi wśród napadu i ropienia i wobec osłabienia chorego nie radzi on długo szukać wyrostka robaczkowego, lecz tamponować i później dopiero po ustąpieniu objawów ostrych usunąć wyrostek. Nieraz i części kątnicy trzeba usu-

nąć. W przypadkach złośliwych trzeba więc natychmiast operować, w mniej groźnych podczas drugiego lub trzeciego albo przynajmniej po trzecim napadzie. Jeśli napad jest poniekąd groźnym, nie trzeba czekać jego końca, lecz operować wśród napadu, w każdym razie nie czekać dłużej jak trzy dni, jeśli nie nastąpiło polepszenie. Chorych, będących w stanie ciężkiego zapadu, operuje S. w znieczuleniu miejscowem podług Schleicha, gdyż powłoki brzuszne łatwo dają się znieczulić, a jelita są mało tkliwe. *Dr. Fels.*

Keitler: **O mięsakach groniastych** (*traubenförmig*). **w trzonie macicy.** (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* tom. 18, z. 2). Nowotwory groniaste są wogóle rzadkie. W narządzie rodnym żeńskim znane już są mięsaki groniaste w pochwie u dzieci i w szyjce macicy (patrz referat z pracy Pehama). Mięsaki groniaste w trzonie macicy spostrzegano dopiero po raz pierwszy w ostatnich latach i opisano tylko 5 przypadków. Szósty spostrzegał właśnie autor; dotyczył on 54-letniej kobiety, krwawiącej od 6 miesięcy. Przywołany lekarz wyjął z macicy na jednem posiedzeniu 17 polipów. Ponieważ jednak wkrótce krwawienia i polipy znowu wystąpiły, udała się chora do kliniki, gdzie jej wyjęto przez pochwę całą macicę. Chora wyzdrowiała. Jama macicy wypełniona była przez guz wychodzący z jej tylnej ściany i składający się z samych gronek o wejrzeniu szklistem, przeźroczystem, osadzonych na dość długich szypułach. Reszta błony śluzowej macicy nie przedstawiała ważniejszych zmian; sam mięsień był zgrubiały, naczynia rozszerzone. Badanie drobnowidowe tych gronek wykazało budowę mięsakową i to wiotką w częściach środkowych każdego gronka, a zbitą w obwodowych. Zarysy gronek utworzone były przez jednowarstwowy nabłonek wałeczkowaty, opatrzony tu i owdzie rzęskami. Autor stara się rozstrzygnąć pytanie, czy ta forma gronkowata jest charakterystyczną dla tych nowotworów i czy guzy te należy zaliczyć do tej samej grupy, do której należą również niedawno poznane mięsaki groniaste pochwowe i szyjkowe. Rozmaicie tłómaczy formę tych guzów. W pochwie mają one zawdzięczać swój kształt groniasty budowie brodawkowatej błony śluzowej pochwy; Kolisko sądzi, że powstają one z polipów brodawkowatych, rozłożonych na znacznej przestrzeni pochwy. Przez wzajemny ucisk na siebie mają występować zaburzenia w krążeniu, które następowo wywołują zapalenie i obrzęk tych polipów. Pick przyjmuje jeszcze jako konieczny warunek dla powstania kształtu gron, obecność przestrzeni wolnej. Według niego łatwa rozciągliwość ścian pochwy i szyjki stwarza dopiero możliwość, że nowotwory powyższe przyjmują kształt groniasty; nie jest to jednak możliwe w ciasnej jamie macicy, chyba, że ona zostanie rozszerzoną n. p. przez rosnącego włókniaka, albo jeżeli nowotwór przebije do pęcherza lub do pochwy. Kahlden uważa utkanie śluzakowe tych gronek, jako przyczynę wywołującą tę formę. Autor skłania się do tych, którzy uważają obrzęk polipów, jako przyczynę formy groniastej, a wiemy, że z tkanki obrzękłej może się wytworzyć śluzakowata; nie zgadza się jednak z tymi, którzy sądzą, że prócz tego konieczną jest jama. Co się tyczy drugiego pytania, to autor popiera teoryę Wilmsa, rozszerza ją i sądzi, że i te nowotwory gronkowate, powstające w trzonie macicy, należy zaliczyć do tej samej grupy, do której należą podobne nowotwory w pochwie u dzieci i w szyjce, tembardziej jeżeli zważymy, jak blizkie zachodzą stosunki rozwojowe między pochwą, szyjką i trzonem macicy (przewody Wolffa i Müllera). Różnica między niemi jest ta, że nowotwory groniaste trzonu macicy nie są tak złośliwe, jak pochwowe i szyjkowe, gdyż nie tworzą tak szybko przerzutów, nie rosną tak szybko, nadto znacznie dłuższy czas istnieje przy nich możność ich operowania, gdyż nie rozszerzają się tak szybko, podczas gdy nowotwory pochwowe i szyjkowe mogą wprost przejść na tkankę okołopochwową i okołomaciczną. Leczenie polega na zupełnem usunięciem macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. C. Moreschi. (Pawia). **O istocie izohemolizyn surowic ludzkich.** (*Berl. klin. Wochensch.* 1903, Nr. 43). Znamy obecnie dwojakiego rodzaju izohemolizyny, jedne, otrzymane przez Ehrlicha i Morgenrotha zapomocą szczepienia zwierzęciu, np. kozie, krwi zwierzęcia tegosamego gatunku; drugie, obserwowane przez Maragliano jeszcze w r. 1892 we krwi ludzi chorych na rozmaite choroby. Autor zajął się zbadaniem hemolizyn tego drugiego rodzaju, a w pierwszej seryi doświadczeń stwierdził przedewszystkiem dawniejsze obserwacye, jakie podał Ascoli, Camus, Pagniez, Bezzola i inni, że izohemolizyny powstałe we krwi osób, zapadłych na pewne choroby, np. na zapalenie płuc, nie działają jednakowo na krew wszystkich ludzi, przeciwnie, u wielu osób krew wcale nie ulega działaniu owych hemolizyn. Zjawisko to musi być uwzględnione w każdem doświadczeniu, gdyż inaczej mogłoby doprowadzić do całkiem fałszywych wniosków. Ciałka krwi wrażliwe na hemolizynę, pochłaniają ją w cieplocie 0°, same nie ulegając zmianie tak, że pozostała surowica już więcej nie działa hemolitycznie, podczas gdy po zmieszaniu w tych samych warunkach z ciałkami niewrażliwemi (nie posiadającemi odpowiednich chwytników), surowica zatrzymuje całkowitą siłę hemolityczną.

Ciałka nasycone izohemolizyną w cieplocie 0°, a następnie wmyte rozczynem soli i włożone do termostatu, nie ulegają rozpuszczeniu, chyba dopiero wtedy, jeżeli do nich dodamy surowicy hemolitycznej, albo nawet surowicy prawidłowej, nie działającej hemolitycznie. Z tego doświadczenia wynika, że działanie rozpuszczające patologicznych surowic polega na obecności dwóch substancyj: jednej, którą ciałka wiąże w cieplocie 0° i drugiej, pozostającej w surowicy, która jednak znajduje się w każdej surowicy, także i w niedziałających hemolitycznie (substancya uzupełniająca). Po ogrzaniu do 55° ustaje działanie hemolitycznej surowicy: zadaniem następnego szeregu doświadczeń było wykazanie, które z tych składników ulegają zniszczeniu. Ponieważ surowica czynna ogrzana do 55° nie dała się reaktywować przez dodatek surowicy prawidłowej, przeto należało przypuścić, że zniszczeniu uległy albo substancya uzupełniająca wraz z amboceptorem, albo tylko amboceptor. Że „komplement" ulega w tej cieplocie zniszczeniu, to nie ulegało wątpliwości, ponieważ ciałka krwi, nasycone w cieplocie 0° izohemolizyną, nie rozpuszczały się po dodaniu surowicy prawidłowej, ogrzanej do 55°. Z szeregu doświadczeń, dokonanych w rozmaitych cieplotach, wynikło, że „komplement" ulega zniszczeniu wcześniej, mianowicie w 45—48°, ponieważ surowica hemolityczna, ogrzana do tej cieploty, traci wprawdzie swoje własności, daje się jednak reaktywować dodatkiem surowicy prawidłowej (nieizolitycznej). Amboceptor posiada dwie grupy chwytne: cytofilną i komplementofilną; przeprowadzone przez autora badania udowadniają, że działaniu ciepłoty ulega tylko grupa komplementofilna, gdy tymczasem cytofilna pozostaje niezmieniona, a mianowicie: ciałka krwi, wystawiono na działanie surowicy hemolitycznej, ogrzanej poprzednio do 55°, następnie te ciałka zcentryfugowano i dodano do surowicy hemolitycznej świeżej, oziębionej do 0°; surowica oddzielona od ciałek wcale nie traciła swej własności hemolitycznej, ciałka krwi nie były w stanie pochłonąć amboceptora, ponieważ były już nasycone niezniszczoną grupą cytofilną surowicy ogrzanej.

Należało jeszcze rozstrzygnąć, czy izolizyny patologicznych surowic, otrzymane w przebiegu rozmaitych chorób, są ze sobą identyczne, czy nie? czy nie są one przypadkiem produktami oddziaływania ustroju, służącymi do zwalczania poszczególnych czynników chorobotwórczych.

Autor starał się dojść do jakiegoś w tym względzie wyniku dwiema drogami, używając surowicy z przypadków włóknikowego zapalenia płuc, raka głowy trzustki, gruźlicy płuc i schorzenia wywołanego tęgoryjcem, a mianowicie: 1) Badaniem, czy po nasyceniu ciałek krwi izolizyną *a)* będą ciałka w stanie pochłonąć izolizynę *b)*, *c)*, *d)*; stwierdzeniem, że tak nie jest, udowodnił autor, że chwytnik ciałka krwi jest jeden dla wszystkich czterech amboceptorów. 2) Czy ciałka krwi różnych osób są w jednakim stopniu wrażliwe lub niewrażliwe na wszystkie cztery izolizyny. Doświadczenie stwierdziło rzeczywiście zupełnie jednaką wrażliwość.

Jak wiadomo, izolizyny nie działają na krew własnego osobnika, to znaczy nie są autolizynami; autor poszedł dalej, albowiem udowodnił, że krew np. chorego na tęgoryjca dwunastnicy jest niewrażliwą nie tylko na własną izolizynę, ale nawet na izolizyny, zawarte we krwi chorego na raka żołądka, na zapalenie płuc, na gruźlicę i t. d. *Seńkowski.*

Prof. Einhorn (Nowy-York). **Opadnięcie serca i jego związek z opadnięciem wątroby.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 41, 1903). Pod mianem opadnięcia serca należy rozumieć stan, w którym narząd ten leży niżej, niż zazwyczaj — i okazuje przy tem większą ruchomość, niż w warunkach prawidłowych. O ile z jednej strony autorowie, jak Cherchewsky, Pick, Hoffmann, Leusser i inni, omawiając podobne przypadki, mają jedynie na względzie nadmierną ruchomość serca, mimochodem tylko wspominając o opadnięciu, to z drugiej strony dopiero Rummo opisał wyczerpująco tę zmianę chorobową, wprowadził nazwę „cardioptosis", rozumiejąc pod tem usunięcie się mięśnia sercowego ku dołowi, a więc opadnięcie skutkiem rozluźnienia się więzadeł, do których jest przymocowany. Według zdania ostatniego autora do tej zmiany skłonni są ludzie o smukłym kośćcu, słabo rozwiniętym układzie mięśniowym; z objawów zaś zasługują na uwagę zmniejszona przestrzeń półksiężycowata Traubego; sprawa ma być zazwyczaj wrodzona. Zapatrywania Einhorna, oparte na ścisłem i dłuższem badaniu 22 chorych, dadzą się ująć w następujące zasady: w warunkach prawidłowych rozpoczyna się górna granica względnego stłumienia serca od górnej krawędzi trzeciego żebra, bezwzględne zaś stłumienie dopiero od górnego brzegu czwartego żebra, podczas gdy uderzenie koniuszkowe leży w 5-tym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Przy-

padki więc, w których serce leży niżej od powyżej oznaczonych granic, ale nie jest powiększone, należy uważać jako opadnięcie serca, zmianę, którą w każdym razie trzeba przyjąć jako nieprawidłowość, pomimo że czasami przebiega bez żadnych objawów, zarówno jak i opadnięcie trzew uważa się obecnie za stan chorobowy, a przecież nierzadko się zdarza, że przebiega bez wybitnych objawów. W etyologii odgrywają ważną rolę ogólne opadnięcie trzew i neurastenia; u kobiet opadnięcie serca występuje rzadziej, pomimo że opadnięcie trzew, jak doświadczenie uczy, daleko częściej zdarza się u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Możnaby to tłómaczyć noszeniem gorsetów, które wykonując ucisk ku górze, utrzymują serce w prawidłowem położeniu. Wielu autorów upatruje także przyczynę opadnięcia serca w czyatniu, pisaniu lub wogóle w pracy, wymagającej pozycyi nachylonej. Jako najgłówniejsze objawy napotyka się przypadłości nerwowe, jak „bicie" serca, zawroty, niemożność leżenia na lewym boku; z znamion zaś przedmiotowych można stwierdzić obniżone granice tak względnego, jak i bezwzględnego stłumienia serca. Prawie w połowie przypadków opadnięcia serca znachodzi się także opadnięcie trzew, we wszystkich zaś przypadkach można z pewnością napotkać opadnięcie wątroby. Pochodzi to ztąd, że obniżenie się serca pociąga za sobą obniżenie się i przepony, która znów obniża wątrobę. Co się tyczy rokowania, to można powiedzieć, że opadnięcie serca nie zagraża życiu, objawy zaś podmiotowe dadzą się o wiele uśmierzyć lub też zupełnie usunąć. Leczenie polega na wzmacnianiu układu nerwowego (wodolecznictwo, mierna gimnastyka i t. d.), z środków zaś aptecznych zasługują na wzmiankę przetwory bromu, waleryana i t. d. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Prof. Krawkow. **Wpływ trucizn na wymianę gazów u zwierząt.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 19). Substancye trujące, wprowadzone do ustroju, wywierają działanie przeważnie na ściśle oznaczone narządy i tkanki, co zdradza się zaburzeniami i zmianami w ich czynności fizyologicznej. Działania trucizn nie można jednak uważać za bezwzględne, ponieważ wpływają one jednocześnie w mniejszym lub większym stopniu i na czynność innych narządów. Co więcej, biorąc pod uwagę, że pierwoszcze różnych komórek, składających ustrój złożony, odznacza się jednakowemi własnościami podstawowemi, należy przypuszczać, że wszystkie tkanki i komórki ustrojowe powinny oddziaływać na wprowadzony jad, różniąc się tylko co do sposobu i stopnia oddziaływania. Że tak jest istotnie, dowodzą doświadczenia prof. Krawkowa (Petersburg), dotyczące wpływu trucizn na wymianę gazów u zwierząt. Już małe ilości trucizn (kwasu pruskiego, strychniny, pilokarpiny, atropiny i dygitaliny), które wywoływały zaledwie słabe objawy zatrucia, sprowadzały wybitne zmiany w wymianie gazów, zależne oczywiście od wpływu jadu na komórki ustrojowe. Kwas pruski obniża w wysokim stopniu procesy utleniania w ustroju pomimo znacznej duszności, drgawek i innych objawów ostrego zatrucia, które, zdawałoby się, powinny wręcz przeciwnie wpływać na wymianę gazów; w następowym po zatruciu okresie wymiana gazów znacznie się podnosi nawet w porównaniu od pierwotnej, zwłaszcza zwiększa się wchłanianie tlenu. Strychnina podnosi ogromnie wymianę gazów, zwłaszcza ilość wchłaniającego się tlenu; podobnego działania nie można tłómaczyć drgawkami; występuje bowiem ono i w przypadkach zatrucia nader małemi dawkami, wywołującemi jedynie spotęgowanie czynności oddechowej. Strychnina więc sprawia wręcz przeciwny wpływ w porównaniu z kwasem pruskim, jakkolwiek inne objawy zatrucia są poniekąd jednakowe. Ztąd K. wnioskuje, że na wymianę gazów wpływają nie tyle zewnętrzne, widoczne zmiany czynności narządów, ile stan wszystkich tkanek ustroju. Z doświadczeń K. wynika, że procesy utleniania w komórkach przebiegają pod wpływem strychniny bardzo energicznie, więc tonizujące działanie strychniny zależy, być może, nie od podniecającego jej wpływu na układ nerwowy lub mięśniowy, lecz przeważnie od własności potęgowania czynności wszystkich komórek ustroju wogóle. Atropina podnosi również wymianę gazów, zwłaszcza siłę wchłaniania tlenu, nawet w tych dawkach, które nie sprowadzają widocznych objawów zatrucia. Pilokarpina przeciwnie obniża w wysokim stopniu wymianę gazów. Wreszcie dygitalina, wywierająca widoczny wpływ jedynie na układ krwionośny, podnosi znacznie wchłanianie tlenu. Zmiana, zachodząca pod wpływem trucizn w komórkach ustroju w takich podstawowych procesach, jak czynność oddechowa, zasługuje na zaznaczenie z punktu widzenia nietylko biologicznego, lecz i leczniczego. Zalecając lek dla spotęgowania upośledzonej czynności jakiegokolwiek narządu czy tkanki, lub odwrotnie: dla osłabienia spotęgowanej czynności, zmieniamy jednocześnie wymianę gazów w tkankach wogóle. Stopień i charakter tej zmiany powinny mieć ogromny wpływ na leczniczą doniosłość badanego leku, ponieważ ten ostatni pomimo działania na czynność pewnego narządu sprowadza zmianę w podstawowych czynnościach komórki wogóle. Dokładne badania wpływu trucizn na wymianę gazów wyświetlą, zdaniem K., szczegóły wpływu jadów, jak również wszechstronnie wykażą lecznicze ich znaczenie. Wreszcie badanie wymiany gazów, zdaniem K., ma wielkie znaczenie i dla rozwiązania zagadnienia o odporności. Istotnie, w niektórych przypadkach ustrój, odporny względem pewnej trucizny, oddziaływa na nią znaczną zmianą procesów utlenienia, więc ustrój odporny, nie oddziaływając na jad widocznemi zaburzeniami czynności jakiegokolwiekbądź narządu, stacza z nim walkę, że tak powiem, cichą, czego dowodem jest zmiana wymiany gazów. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Dr. Laskowski. **Przyczynek do mechanicznego leczenia chorób gruczołu krokowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1903, Nr. 29). L. obmyślił wcale prosty przyrząd (trudny do opisu), złożony z trzonka i połączonej z nim sprężyny, zapomocą którego w odpowiednich przypadkach z korzyścią stosować można mięsienie wibracyjne chorego gruczołu krokowego. *Herman.*

R. Pfeiffer i E. Friedberger. **Zabójcze działanie promieni radu na bakterye.** (*Berliner klin. Wochschr.* 1903, Nr. 28). Naczyńko, zawierające 25 milgr. bromku radu działało zabójczo z odległości 1 ctm. na hodowle płytkowe bakteryi cholery, duru i wąglika. Te ostatnie zabite zostały dopiero po 3 dobach. Na samo podłoże, jako takie (żelatynę, agar. i t. d.) promienie radu żadnego, zwłaszcza niekorzystnego, nie wywierają wpływu. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ratz H.: **Glikosal.** (*Therap. Monatsh.* XVII, 457). Glikosal jest związkiem gliceryny, której jedną grupę wodorotlenową zastępuje reszta kwasu salicylowego. Jest zatem monoglicerydem kwasu salicylowego. Rozpuszcza się 1 : 100 w wodzie zimnej, łatwo w ciepłej, w alkoholu i glicerynie. Pod wpływem zasad, węglanów zasad, więc i soku kiszkowego, rozpada się na wolny kwas salicylowy i glicerynę. Dotychczas stosowano glikosal w cierpieniach gośćcowych zewnętrznie w postaci maści lub roztworów alkoholowych — z dobrym skutkiem. Doświadczenia wykonane przez autora z czystym preparatem dowodzą, że tą drogą glikosal się nie wchłania, o ile wcierania stosował na części skóry nieuszkodzone i ponawiał je w kilkudniowych odstępach czasu, by przez zbyt częste wcierania nie spowodować maceracyi przybłonka. Zewnętrznie stosowany salicylan sodowy nie wsysał się również; natomiast po wcieraniach roztworów czy maści wolnego kwasu salicylowego mocz dawał obfity odczyn z chlorkiem żelazowym, oczywiście dzięki keratolitycznym własnościom wolnego kwasu. Wobec ujemnych wyników badań w kierunku wessalności, wobec tego, że nawet przy skórze o naruszonej całości przyskórka glikosal wchłaniał się w małych ilościach nierównomiernie i w ilości nieoznaczalnej, stosował go autor wewnętrznie. Tak podany działa glikosal równie sprawnie jak kwas salicylowy, względnie jego sole, w pewnych przypadkach nawet lepiej, a nie ma jego niemiłego działania ubocznego. Dzieje się to wskutek tego, że przechodząc przez żołądek niezmieniony i rozkładając się dopiero w kiszkach, nie wywiera na żołądek drażniącego działania, które cechuje wolny kwas salicylowy, jego sole i pewne estry. Rozpad glikosalu w kiszkach na glicerynę i wolny kwas salicylowy dokonuje się powoli, wskutek czego i wessanie trwa długo. Stałe małe ilości salicylu dostają się do ustroju i wywierają swe działanie przeciwgośćcowe. Działanie terapeutyczne glikosalu powinno być równomierne, wpływ szkodliwy na żołądek i łaknienie wykluczony, uboczne wpływy trujące zmniejszone.

Doświadczenie kliniczne potwierdza słuszność tych przesłanek teoretycznych. W przypadkach ostrego gośćca działał glikosal równie skutecznie, jak inne związki salicylowe. Autor wyleczył trzech chorych z przewlekłym gośćcem stawowym, u których długo stosowane wszystkie możliwe przetwory salicylowe zawodziły. Z objawów ubocznych bredzenia salicylowego autor nie zauważył nawet po znacznych dawkach (10 gr.); natomiast często skarżyli się chorzy na uczucie zawrotu głowy, bole głowy w nieznacznym stopniu, szum w uszach i niedosłyszenie; objawy te występowały jednak w słabszym stopniu, niż po stosowaniu salicylanu sodowego. Nigdy nie stwierdzono objawów podrażnienia nerek, ani ujemnego wpływu na żołądek.

Autor poleca 5 razy po 2 grm. dziennie w ostrym gośćcu stawowym. Kapsułki z opłatka muszą być szczelnie zwarte, w przeciwnym razie suchy proszek glikosalu może paść na ścianę przełyku i spowodować odruchowy kaszel, a nawet wymioty. Do zewnętrznego stosowania nadają się jedynie maści, do których dodać należy 10% ciała lotnego: terpentyny lub chloroformu. Z tak przyrządzonych maści wsysa się nawet przez nieuszkodzoną skórę wydatna ilość glikosalu. *K. Orzechowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 42.

I. Kol. Wehr: 1) Przypadek wieńcogłówki na głowie.

2) Przedstawienie katgutu jodowego, wyjałowionego zapomocą rozczynu wodnego 1% jodu i jodku potasu. W wielu operacyach przekonał się prelegent o dobroci wyjałowionego w ten sposób katgutu.

Dyskusya.

Kol. Barącz, potwierdzając rzadkość bąblowca w Galicyi, podaje, że spostrzegał i operował w ciągu swojej kilkunastoletniej praktyki chirurgicznej tylko 2 przypadki bąblowca; jeden przypadek zropiałego bąblowca wątroby, drugi mięśnia dwugłowego u dziecka 6-letniego, a nadto jeden przypadek wągra (*cysticercus cellulosae*) w tkance podskórnej okolicy czołowej. Przypadek bąblowca wątroby dotyczył robotnika fabrycznego, przybyłego z Czech do Kołomyi. Chory miał styczność ciągłą z psem. Wyleczenie w obu operowanych przypadkach nastąpiło trwale. W przypadku bąblowca wątroby wystarczyła operacya jednoczasowa (sposób Lindemanna-Landaua): szerokie przecięcie powłok, nacięcie ropnia wątroby z wszyciem ścian wątroby w powłoki brzuszne, drenowanie ropnia i przepłókiwania płynem przeciwgnilnym. Kol. B. nie uważa za konieczne wyłuszczania bąblowca w częściach zdrowych i wskazuje na dawniej używany sposób leczenia bąblowca wątroby przez nakłucie i pozostawienie w torbielu płynów przeciwgnilnych (naftolu, rozczynu sublimatu).

Co do katgutu jodowego, to uznaje wprawdzie silne działanie przeciwgnilne jodu, przenosi jednak wyjałowienie katgutu przez gotowanie, jako bardziej odpowiadające zasadom nowoczesnej aseptyki. Jako najlepszy, najprostszy i najszybszy sposób wyjaławiania uważa sposób Elsberga, przyjęty jako najlepszy przez Kümmela w Hamburgu i rozpowszechniony również w Stanach Zjednoczonych (gotowanie przez pół godziny zwiniętego na czworobocznych zwitkach katgutu w wysyconym rozczynie siarkanu amonowego, stwardnianie przez 6 godzin w absolutnym wyskoku i przechowywanie w olejku jałowcowym). Poleca ten katgut na podstawie doświadczenia w kilku laparotomiach.

Kol. Barącz demonstruje przy tej sposobności szew *silkworm-gut* (fil de Florence), materyał, sporządzony z wnętrzności jedwabników, nadzwyczaj mocny, łatwo dający się wyjałowić przez gotowanie, jednak nie ulegający wessaniu. Materyał ten jest powszechnie używany w Ameryce północnej do szwów skórnych, osobliwie, gdzie idzie o zbliżenie mocno napiętych brzegów rany. Kol. B. używał go z wielką korzyścią (*autoreferat*).

Kol. Mars przytacza sposób wyjaławiania katgutu zapomocą kumolu. Sposobu tego używa w klinice z dobrym wynikiem. Gdyby katgut zapomocą jodu wyjałowiony nie nabierał w siebie drobnoustrojów przy zetknięciu z nimi i nie był dla nich rodzajem pożywki, przyznałby mu pierwszeństwo.

Kol. Sieradzki zapytuje, czy były robione próby bakteryologiczne co do jałowości w ten sposób wyjaławianego katgutu?

Kol. Wehr zaznaczając, że próby takie były dokładnie przerabiane ze skutkiem dodatnim, przytacza dobre wyniki operacyjne, jakie ma Dr. Kozłowski, który tak przygotowanego katgutu używa do szycia.

II. Kol. Eljasz-Radzikowski (z kliniki lekarskiej). „Tężec wyleczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej“ (z przedstawieniem chorego).

Chłopiec 14-letni. Skaleczenie po uderzeniu słonecznikiem w kark. Ranka poza uchem szybko się wygoiła. W 10 dni potem objawy tężca, w bliźnie wyciętej znaleziono kawałek trzaski, a badanie bakteryologiczne wykazało prątki tężcowe. U chorego zastosowano 5 wstrzyknięć zawiesiny mózgowej królika według przepisu Krokiewicza. Wynik leczenia dobry.

Kol. Barącz zwraca uwagę, że przypadki tężca, dotychczas leczone wstrzykiwaniami zawiesiny mózgu króliczego, były przeważnie lżejsze, z przebiegiem przyostrym lub przewlekłym i że należy tu z wielką ostrożnością przyjmować działanie lecznicze tych wstrzykiwań, tembardziej, że w podobnych przypadkach znanem jest samoistne wyleczenie tężca. Na dowód swoich wątpliwości przytacza przypadek własny bardzo ostro przebiegającego tężca, powstałego u dziecka po wkłuciu drzazgi w podeszwę, w którym pomimo wczesnego wycięcia rany wraz z drzazgą i pomimo wcześnie podjętych wstrzykiwań zawiesiny mózgu króliczego nastąpiło zejście śmiertelne.

Kol. Gluziński A. przemawia za używaniem wstrzykiwań zawiesiny. Chorzy czują ulgę podmiotową, a i w ciężkich przypadkach wyniki były dobre. W jednym niepomyślnym przypadku chorą przywieziono do kliniki lekarskiej bez tętna.

Kol. Sieradzki zwraca uwagę na ważność prób wstrzykiwań zawiesiny mózgowej innych zwierząt.

Kol. Ziembicki G. przytacza przykład, gdzie w bliźnie wyciętej u chorego z objawami tężca mimo nieznalezienia ciała obcego wykazano prątki tężcowe.

Zabierają głos kol. Obtułowicz i Eljasz-Radzikowski.

III. Kol. Eljasz-Radzikowski (z kliniki lekarskiej) *Cachexia strumipriva* (z przedstawieniem chorego).

Chory był operowany w klinice chirurgicznej w miesiącu czerwcu zeszłego roku. Po operacyi wystąpiło zapalenie płuc, a w przebiegu zapalenia wyropiała pozostawiona część gruczołu tarczykowego. W grudniu dostał chory napadu padaczkowego poraz pierwszy w życiu, a po przyjęciu napowrót do kliniki chirurgicznej przebył 3 podobne napady. Wówczas odesłany został do kliniki chorób wewnętrznych i przebywa tam dotychczas. Obserwacya wykazała w narządzie wzrokowym zapalenie nerwu wzrokowego w obu oczach, białkomocz, skurcze głośni, występujące napadowo, wypadanie włosów całymi pęczkami, obrzęknięcie twarzy, zgrubienie skóry, zasinienie ramion. Napad padaczkowy już się nie pojawił. Objawy przytoczone częściowo ustąpiły, częściowo ustępują obecnie, mimo że chory nie był leczony. I tak: białkomocz ustąpił zupełnie, włosy odrosły i zmieniły wejrzenie; skurcze głośni również się nie pojawiają. Twarz jest mniej obrzękła, a zapalenie nerwu wzrokowego poprawia się wyraźnie. Z całego przebiegu widać, że ma się do czynienia z objawami charłactwa po usunięciu gruczołu tarczykowego i z samoistnem leczeniem się ustroju. Przypuścić należy, że gruczoły dodatkowe objęły czynność gruczołu tarczykowego i w ten sposób ustrój dochodzi do równowagi fizyologicznej. Przypadek z wielu względów jest bardzo zajmujący. *(Autoreferat).*

W dyskusyi zabierają głos koll.: Gluziński, Świtalski, Sieradzki, Kadyi, Barącz, Beck, Bednarski, Eljasz-Radzikowski.

Kol. Świtalski wycinał gruczoł tarczykowy tak u zwierząt trawożernych, jak i mięsożernych i przyszedł do przekonania, że zwierzęta trawożerne znoszą utratę tego narządu łatwiej i bez następowych zmian.

Kol. Sieradzki przytacza przypadek, w którym po wycięciu gruczołu tarczykowego wystąpiły objawy obrzęku śluzakowego, ale w ciągu kilku lat dalszych, wśród dobrych warunków życiowych, stan psychiczny chorego nie pozostawiał nic do życzenia. Pozostały tylko objawy zewnętrzne.

Kol. Kadyi wspomina o gruczołach nad „diaphragma oris“, „glandula supra et praehyoidea“. Są one genetycznie wspólne z gruczołem tarczykowym i mogą stanowić mikroskopowe zaczątki gruczołu. Sądzi, że gruczoły te mogą mieć znaczenie zastępcze.

Kol. Barącz zapytuje kol. Eljasz-Radzikowskiego, czy jest pewny, że przy operacyi usunięto oba rogi gruczołu tarczykowego. Nowoczesny sposób operowania wola polega na resekcyi gruczołu z pozostawieniem albo połowy gruczołu albo obydwu jego rogów, (sposób Mikulicza). Kol. B. sądzi, że wobec tak szybko ustępujących objawów „cachexiae strumiprivae“ prawie niepodobieństwem jest, by w tym przypadku gruczoł cały został usunięty. Wskazuje także na ważne doświadczenia Eiselsberga, wykonane na różnych zwierzętach, a dowodzące niezbicie ważności gruczołu tarczykowego dla ustroju. Zwierzęta młode po całkowitem wycięciu pozostawały karłowate, po wycięciu gruczołu i przeszczepieniu go do jamy otrzewnowej rozwijały się prawidłowo. (*Autoreferat*).

IV. Sprawa odezwy Komisyi organizacyjnej, wybranej na wiec lekarzy lwowskich o utworzenie w łonie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego klubu w celu rozwinięcia życia towarzyskiego między lekarzami.

Kol. Sieradzki odczytuje odezwę i wyjaśnia, że sprawa ta musi przejść na porządek dzienny posiedzenia administracyjnego, jako dotycząca zmiany statutu, a następnie do zarządu Towarzystwa lekar. galicyjskiego.

Po przeprowadzonej dyskusyi postanowiono ze względu na małą liczbę członków nie przedsiębrać uchwały.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz.

VIII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Podniosłe to były czasy i pod względem lekarskim, kiedy w Uniwersytecie Jagiellońskim krzewili medycynę teoretycznie i praktycznie tacy ludzie, jak Józef Struś, Piotr Wedelicki, Feliks i Szymon z Łowicza, Falimierz, Tektander, Foksyusz, Schneeberger, Oczko i wielu innych, którzy sławę wszechnicy krakowskiej i polskiego imienia roznosili po wszystkich prawie europejskich krajach. Takie ognisko stwarza często wyższy polot myśli, jeżeli natrafi na odpowiedni grunt. Nic też dziwnego, że w owych czasach powstały liczne fundacye dobroczynne, a pośród nich i taka, która nie szybko — pod względem wczesnego jej powstania — znajdzie sobie podobną. Taką jest wyżej już wspomniana fundacya Piotra z Poznania. Lekarz ten i filozof, a zarazem kanonik krakowski i wileński i proboszcz od św. Floryana na Kleparzu, który piastował godność lekarza przybocznego aż dwóch królów, kupił w r. 1569 przy ulicy Wiślnej kamienicę, położoną obok i od tyłu domu książąt Mazowieckich *(a tergo domus lapideae ducalis et penes domum lapideam Kiernarowska consistens)* i oddał ją na wieczyste czasy na własność Uniwersytowi krakowskiemu, przeznaczając ją na mieszkanie dla doktora medycyny i profesora, któryby leczył bezpłatnie wszystkich ubogich. Zygmunt August potwierdził tę darowiznę w roku 1570 (*fer. II. post festum S. Ioannis Baptistae*), a sam fundator powiększył ją przez dodanie do niej jeszcze dwóch fundacyi na lekarstwa dla biednych studentów. Pierwsza z nich, sporządzona jeszcze w r. 1578 za życia Piotra z Poznania, składała się z następujących czynszów rocznych (*Casimiriae*): a) Czynsz 13 flp. 6 gr. od sumy 300 flp., ulokowanej na kamienicy zwanej „Wolską“, przy ulicy Wielickiej ku zachodowi (*feria quarta post festum SS. Omnium in actis casimir. consular*). Kamienica ta była w roku 1643 własnością profesora Alberta Drozdowica. b) Czynsz 13 flp. 6 gr. od sumy 300 flp., ulokowanej w roku 1577 na kamienicy zwanej „Klęskowica“, a będącej w roku 1643 własnością Jadwigi Klęściny. Kamienica ta znajdowała się przy ulicy Krakowskiej na drodze ku kościołowi św. Katarzyny, na samym rogu. c) Czynsz 8 flp. gr. 24 od sumy 200 flp., ulokowanej również w r. 1577 na kamienicy, zwanej „Okrucieńską“ na Kazimierzu, która w r. 1643 należała do klasztoru Bożego Ciała (*possessor admodum reverendus dominus praepositus SS. Corporis Christi*). d) Czynsz 10 fl. od sumy 240 fl. ulokowanej na jatkach Doktorka i Krużka na Kazimierzu, których właścicielami byli w r. 1643 Andrzej Frigosz i Albert Mazurek (*Inscriptus a. D. 1578 in actis casimir. consular.* [6]).

Fundacyjne akta te potwierdził w r. 1578, a więc jeszcze za życia Piotra z Poznania, konsystorz krakowski (*Ordinatio variorum Censuum reemptionalium et Domus Lapideae pro Medico et pharmacis per Doctorem Petrum Posnaniensem fundatorum* [7]). Cały kapitał fundacyjny wynosił więc 1040 fl., a dochód roczny od niego 45 flp. 6 gr. W r. 1643 rozdzielano ten dochód jak następuje:

Communitati Maioris Collegii po refectionibus 1 Augusti fl. 2.
Prouisori eiusdem fundationis flor. 2.
Pro fabrica domus Medici flor. 2.
Pro euincendis censibus flor. 2.
Pro pharmacis pauperum flor. 2 [8]).

W należytem zrozumieniu intencyi fundatora, jakoteż nie mniej i okoliczności, że szlachetny cel fundacyi nie może być w zupełności osiągnięty z powodu niezbyt wielkich dochodów z funduszu, przeznaczonego na ten cel, ustanowili egzekutorowie testamentu Piotra z Poznania, po jego śmierci w r. 1579, drugą fundacyę „*pro altero Medico Studiosorum pauperum*“ [9]). Kapitały tej fundacyi i dochody z nich były następujące: [10]) a) Suma 1000 fl. umieszczona w r. 1581 na wsi opata tynieckiego Łopaczyce, a przynosząca co kwartał dochodu 10 fl. (*Fer. sec. post festum S. Michaelis Archangelis in Actis Cracovien. Terrestribus*).

b) Suma 100 flp. z dochodem rocznym 4 flp., umieszczona na kamienicy zwanej „Latosinską“, a położonej w Krakowie przy ulicy Szewskiej, pomiędzy kamienicami Adama Płotnika i Alexego (*alias* Olexi). (*Inscriptus in Actis Consularibus Cracouiensibus Anno Domini 1583 Feria sexta post festum Sancti Laurentii*).

c) Czynsz roczny 24 flp. od sumy 600 flp. [11]), ulokowanej w r. 1580 na kamienicy Krzysztofa Turnaj, będącej w r. 1643 własnością Krzysztofa Najmanowicza, a położonej przy ulicy Grodzkiej w Krakowie.

d) Na kamienicy zwanej „Langowską“, a będącej własnością Jana Langa (w kodeksie naszym prawdopodobnie przez pomyłkę nazwanego „Lans“), ulokowano sumę 400 flp. [12]), przynoszącą rocznego dochodu 16 flp., płatnego w ratach kwartalnych [13]) po 4 flp. Kamienica ta znajdowała się pomiędzy domami Walentego Dębinskiego z jednej, a Konratowej z drugiej strony.

e) W r. 1580 ulokowano sumę 200 flp. [14]) z czynszem rocznym 8 flp. na kamienicy, piekarza, Alberta Gielowica, której właścicielem w r. 1643 był złotnik Borkowic (*Inscriptus in Actis Consularib. Cracouiensibus Anno Domini 1580 feria secunda ante Festum Sancti Martini*).

f) Na innej kamienicy tegoż samego Gielowicza, ulokowano w tymże samym roku drugą sumę 200 flp. [15]) z czynszem rocznym 8 flp. Druga ta kamienica znajdowała się na rogu ulicy Gołębiej i Wiślnej (*eodem anno ac die in eisdem Actis inscriptus*).

g) Dom Jana Pochyłego, częścią budowany, częścią murowany, położony przy ulicy Mikołajskiej, a będący w r. 1643 własnością profesora Kowalika, obciążono w r. 1582 sumą 200 flp. i czynszem rocznym 8 flp. (*Inscriptus in Actis Consularrb. Cracouiensibus A. D. 1582. Die S. Lucae Euangelistae*).

h) Na wsiach Wronia i Wroninek [16]), należących do klasztoru św. Ducha, ulokowano w r. 1581 sumę 200 flp. z dochodem rocznym 8 flp. (*Inscriptus in actis terrestribus Cracouiensibus A. D. 1581. Feria secunda post festum S. Michaelis.*

Cały więc kapitał tej drugiej fundacyi wynosił 2900 flp., a czynsz roczny od niego 116 flp. tak, że obydwie te sumy przekraczały przeszło w dwójnasób tę, jaką wyznaczył sam Piotr z Poznania. Wynikiem tego było że, jak to ze sposobu użycia dochodów wynika, znacznie większej sumy można było użyć z tej fundacyi na leki, aniżeli z pierwszej. Sposób bowiem użycia czynszu tegoż a rok 1643 jest następujący:

Prouisori fundationis . . .	*flor.*	2.
Collegio Maiori pro refectionibus	*flor.*	2.
Studentibus rationem	*flor.*	2.
Pro euincendis censibus . . .	*flor.*	4.
Pro pharmacis	*flor.*	55.

Fundacya ta potwierdzona [17]) przez konsystorz dnia 16-go listopada r. 1583 miała swój statut [18]), według którego zawiadywał nią osobny prowizor. Celem jej było zapewnienie bezpłatnego mieszkania dla lekarza, który musiał wchodzić w skład uniwersytetu (*Ac. eandem Domum lapideam Medicinae Doctori Almae Universitati Crac. incorpo-*

[6]) Kod. nr. 141 arch. senackiego Uniw. Jagiel.
[7]) Kod. nr. 35 arch. senackiego Uniw. Jagiel.
[8]) Kod. nr. 141 arch. senackiego Uniw. Jagiel.

[9]) Kod. nr. 35 arch. sen.
[10]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[11]) Kod. nr. 35 arch. sen.
[12]) ibid.
[13]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[14]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[15]) O tej pozycyi nie wspomina kod. nr. 35.
[16]) Kod. nr. 35 nazywa te wsi Wrocina i Wrocinek.
[17]) Kopia tego potwierdzenia znajduje się w kod. nr 35;
[18]) ibid.

rato... gratis conferent...[19]), a wybieralnego przez rektora, doktorów i profesorów *(Praepositus, Doctores et Magistri) collegii maioris.* W razie braku odpowiedniego kandydata mógł wybór paść na chirurga, którego wybierano pod tymi samymi warunkami, jak to czyniono z lekarzem, z tą jedyną różnicą, że go obdarzano tym zaszczytnym urzędem jedynie na czas, aż się znajdzie godny kandydat pośród lekarzy (*Medicus eidem Universitati incorporatus*). W dziejach naszej fundacyi spotkaliśmy się jedynie dwa razy z chirurgiem, jako lekarzem ubogich uczniów. Z jakiego powodu to miało miejsce, czy dla braku osoby odpowiedniej, czy też w zastępstwie chwilowo nieobecnego właściwego lekarza, tego na razie nie rozstrzygamy. Statut przewidywał jednakowoż i możność braku nawet chirurga, nakazując naonczas nieobsadzać posady i przechowywać dochody z fundacyi, dopóki się nie nadarzy sposobność ponownego wyboru.

Najważniejszym obowiązkiem lekarza, czy też chirurga, było udzielanie pomocy biednym, a w pierwszym rzędzie studentom, — bez żadnego osobnego wynagrodzenia, z wyjątkiem tego, które mu sama fundacya przyznawała — i troska, by studentom leków nie brakowało. *Ratione vero domus praefatae inhabitationis Medicinae Doctor pro tempere existens pauperes aegrotos Crac. ubique locorum et in hospitalibus vel in suburbijs degentes vel Crac. aut suburbia Causa recuperandae sanitatis et valetudinis undiquaque venient, ac ipssum per se vel submissas personas requirentes absque quavis Mercedis vel praemij exactione, arte medica curabit, curareque debebit ac tenebitur et toties eosdem visitabit, quoties ipremet opus fieri videbit, idque se facturum Sacramento jusjurandi coram Provisore...*" Miał więc „medicus pauperum studiosorum" obowiązek odwiedzać chorych, ilekroć tego tylko potrzeba wymagała, i to nietylko w ich własnem mieszkaniu, lecz także i w szpitalach. Roztrzygnięcie tego, ile razy dziennie lub też w ciągu całej choroby należy chorego odwiedzać, pozostawia statut już uznaniu i sumieniu samego lekarza, nakładając na niego za zaniedbywanie obowiązków rozmaite kary, zależne do stopnia przewinienia. Najsurowszą karą było odebranie wolnego mieszkania, a to miało miejsce, gdy się lekarz wydalił z Krakowa w ciągu jednego roku na dłużej niż na dwa miesiące, nie zostawiając odpowiedniego zastępcy, gdy porzucał kościół rzymskokatolicki, lub też gdy nie chciał udzielać chorym bezpłatnej pomocy. Pod względem nieudzielania bezpłatnej pomocy i odszczepieństwa nie znał statut żadnego wyjątku, a wyrok w tych sprawach wydawał jedynie rektor. Natomiast pozwalał, — rzecz dziwna, — pamiętać lekarzowi przedewszystkiem o swojem własnem zabezpieczeniu w czasie chorób nagminnych (*pestis tum tempore excepto quo abesse poterit, donec periculosa lues grassabitur*). Z dziejów fundacyi nie wynika, żeby kiedykolwiek lekarze z tego przywileju korzystali. Owszem, kiedy w r. 1580 straszna zaraza nawiedziła i Kraków, pozostał Marcin Fox, ówczesny lekarz biednych studentów, na swojej placówce, bacząc na to, by pomimo wielkiego zapotrzebowania nie zabrakło leków. (*Quoniam vero tunc passimet generaliter per totum mundum grassabatur morbus catharosus febrilis et contagiosus, permissum fuit D. Martino Foxio et pharmacopolae ut multiplicatis pauperibus aegris multiplicarentur quoque pharmaca...*[20]) (Dokończenie nastąpi).

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 grudnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lekar. krakowskiego odbyły się wybory do zarządu Towarz. na r. 1904. — Wybrani zostali: kol. prof. J. Nowak (prezes); kol prof. Al. Rosner (zastępca prezesa); kol. Dr. Urbanik (sekretarz doroczny); kol. Dr. A. Kwaśnicki (redaktor »Przeglądu lekarskiego«); do Komisyi redakcyjnej wybrani zostali koledzy: prof. Ciechanowski, prof. Baczyński, Dr. Cercha i doc. Rutkowski.

[19]) ibid.
[20]) Kod. nr. 141 arch. sen.

* Prof. Rydygier wysłał do Pragi pismo, w którem wyłuszczył powody, dla których pozostaje we Lwowie. Zaszczyt powołania go na katedrę po ś. p. Maydlu podwoił szanowny profesor niemniej zaszczytnem dla siebie uchyleniem ponętnych widoków dla ście żołnierskiego obowiązku »stać i trwać w miejscu«.

* (J). Opuścił prasę zeszyt piąty (powiększony) dzieła zbiorowego »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wychodzącego pod redakcyą prof. Jaworskiego. Zeszyt ten jest zakończeniem tomu pierwszego. W tomie tym znajdują się następujące działy: 1) Choroby układu nerwowego (prof. Domański i prof. Prus); 2) Choroby zakaźne (Biegański — Wilczyński; 3) Zatrucia (doc. Marischler); 4) Choroby przemiany materyi (doc. Marischler); nabyć go można w księgarniach H. Altenberga we Lwowie. A. S. Krzyżanowskiego w Krakowie Wendego i Sp. w Warszawie. Cena tomu pierwszego 9 k. (w prenumeracie). Następny zeszyt pojawi się w styczniu 1904.

* Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 4. b. m. posiedzenie, poświęcone głównie sprawie instytucyi lekarzy szkolnych w Krakowie. Zgadzając się w zasadzie na potrzebę tej instytucyi, Komisya uznała istnienie pewnych korzyści z połączenia tej sprawy z zamierzoną reorganizacyą miejskiej służby zdrowia i odroczyła ostateczną uchwałę do chwili tej reorganizacyi.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 19 b. m.

* Dr. Jan Pruszyński, wydawca „Gazety lekarskiej", otrzymał d. 12. b. m. dyplom doktora medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

* Dr. Napoleon Jan Gąsiorowski złożył egzamin rządowy we Lwowie.

* Kalendarz lekarski krakowski zmienił w roku bieżącym redakcyę, którą objął kol. Doc. Seńkowski. Z trudnego zadania, by w jak najmniejszej objętości zmieścić jak najwięcej treści, wywiązała się nowa redakcya znakomicie. W małej książeczce, znanej kolegom z lat poprzednich, prócz ustępów dawniej drukowanych, a teraz przerobionych i pomieszczonych w innej formie druku, znajdujemy jeszcze jako nowość: Uwagi ortopedyczne i wskazówki badania najgłówniejszych środków spożywczych i przedmiotów użytkowych, jak woda, mleko, mąka, masło, nafta, rzecz szczególnie ważna ze względu na potrzeby kol. lekarzy powiatowych.

Wśród rozmaitych rozdziałów i tablic, koniecznych w życiu praktycznego lekarza, znajdujemy także wymiar należytości za czynności sądowo-lekarskie, ustęp bardzo potrzebny dla kol. znawców sądowych. W porównaniu z kalendarzami niemieckimi, ze względu na treść i treściwość, kalendarzowi naszemu należy się bezwzględnie pierwszeństwo.

* Nagroda Nobla z działu medycyny została przyznaną prof. Finsenowi.

* Izba lekarska zarządzająca zamierza w imieniu wszystkich Izb rakuzkich przesłać podanie na ręce prezydenta ministrów, w którem wskaże na niestosowne zachowanie się namiestnika w Sejmie niższoaustryackim i złoży protest przeciw postępowaniu, uwłaczającemu stanowi i Izbom lekarkim.

* Władze sanitarne szkolne we Włoszech wydały nowe przepisy w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób zakaźnych; choroby te podzielono na 2 grupy: do pierwszej należą choroby zakaźne ostre, do której zaliczono i gruźlicę płucną; do 2-giej — przewlekłe: gruźlica skóry, kości i gruczołów; jaglica, strupień woszczynowaty, świerzb i pęcherzyca. Chorzy na cierpienia 1-szej grupy są wykluczeni od uczęszczania do szkoły; chorzy na choroby zakaźne przewlekłe mogą uczęszczać do zakładów, lecz muszą siedzieć na osobnych ławkach i co 2 tygodnie składać świadectwa, że pozostają w opiece lekarskiej.

* Między 1 a 7 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), rawskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

(—) Do Towarzystwa Samopomocy lekarzy przystąpili następujący nowi członkowie koll.: prof. Gałęzowski (Paryż), Klęsk (Wiszenka), Kowenicki (Tarnopol)., Podlewski (Lwów).

Dr. Langie, generalny sekretarz.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Starck mianowany profesorem nadzwycz. wewnętrznej medycyny w Heidelbergu. Dr. Schultz (fizyolog) otrzymał tytuł profesora w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Delotte, prof. patologii ogólnej, w Limoges, lat 79. Dr. Pott prof. pedyatryi zmarł w Halli.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. II. Popiel: Miednica polek i jej stosunek do typu uważanego za normalny. Bucelski: Zakład dla obłąkanych w Tworkach. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Kijewski: O wycinaniu płuc.

Prócz prac oryginalnych Zeszyt ten zawiera „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“ za r. 1902.

— *Głos lekarzy* Nr. 12 zawiera: Nasz konkurs literacki. — Rozdwojenie galicyjskich Izb lekarskich. — Protest przeciw projektowi ustawy karnej na lekarzy. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. — Stan szpitali w Galicyi. — O nowej metodzie szczepienia. — Z życia paryasa Wydziału krajowego. — O sprawozdaniu Komisyi sanitarnej w sprawie obniżenia dyet za szczepienie. — Odpowiedź prof. dr. G. Ziembickiego na projekty prof. dr. Kadera. — Krytyka projektów prof. Kadera. Rezolucye lekarzy szpitala św Łazarza w Krakowie w sprawie projektów prof. Kadera. — Głos lekarza rządowego. — Korespondencye. — O tytuł specyalisty. — Feileton.

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Drozdowicz: Przed sądem instynktu. Kramsztyk: Projekt organizacyi lekarskiej. Jaworski: Udział idei w badaniach naukowych. Sterling: Ordynatury a filantropia. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie.

— *Medycyna* Nr. 49. Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach, powstających wskutek urazu głowy. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1902.

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. Malinowski: Leczenie płonicy surowicą swoistą. Kosiński: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem surowicą przeciwpaciorkowcową płonicy. Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic (c. d.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

— *Postęp okulistyczny* Z. 11. Strzemiński: Dwa przypadki u rodzeństwa objawów zarodkowych kiły dziedzicznej w oczach. Bednarski: Przyczynek do anatomii patologicznej podspojówkowego zwichnięcia soczewki, prążkowanego zaćmienia rogówki i podwójnego oderwania się tęczówki. Łuniewski: Leczenie zapalenia gruźliczego okostnej brzegu oczodołowego mieszanką jodoformową.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedowově. (dok). Knop: O vlivu počasi ročního a teploty na záchvaty zánětlivých glaukomů. Lašek: Diffusni, kompikovaný obličejový tic.

— *La Presse médicale* Nr. 96. Trousseau: Usunięcie soczewki, jako środek leczenia krótkowzroczności. Garnier: Stan siatkowaty zastawek serca u człowieka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Schmidt: Leczenie gośćca stawowego przeciwpaciorkowcową surowicą Menzera. Zangmeister: Spożytkowanie obniżenia punktu marznięcia moczu dla oceniania czynności nerek. Abel: Droga pochwowa czy brzuszna przy operacyach ginekologicznych. Japha: Kurcz głośni u dzieci. Ewald: Guzy kiszkowe w lewej okolicy biodrowej (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Paltauf: Robert Koch (dedykacya). Kraus: Rozróżnienie mętwika cholery od mętwików powinowatych. Schwoner: Przyczynek do nauki o rzekomych prątkach błonicy. Kraus i Joachim: W sprawie biernego uodpornienia. Löwenstein: Kataloza w odsączu bakteryjnym. Lipschütz: Bakteryohemoliza. Pick i Joachim: Zachowanie się ciał białkowatych surowicy krwi podczas gnicia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Volhard: Nowa metoda ilościowego oznaczania pepsyny, oraz uwagi o odczynie tryptofanowym i o zaczynie tworzącym plasteinę. Schultze: Psychozy w przebiegu wiądu rdzenia. Pal: Napady naczyniowe (Gefässkrisen) i ich stosunek do napadów żołądkowych i brzusznych u chorych na wiąd rdzenia. Lentz i Tietz: Metoda pomnażania prątków duru prawdziwego i rzekomego. Stegmann: Granice stosowania snu hipnotycznego w psychoterapii Schmilinsky: Uwagi nad wykazaniem i znaczeniem makroskopowo niedostrzegalnych przymieszek krwi do treści żołądka i kiszek. Nassauer: Leczenie poronienia. Schaeffer: Dodatek do mego artykułu: »Zgorzel podudzia w połogu bezgorączkowym«. Wolffhügel. Doświadczenia wojskowo-higieniczne w Chinach

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Mietschnikow i Roux: Kiła doświadczalna. Ronald Ross: Udział Kocha w badaniu zimnicy. Celli i Blassi: Czy jad wścieklizny jest przesączalny? Paltauf: O aglutynacyi i precypitacyi. Tavel: Uwagi doświadczalne i kliniczne nad różnorodnością surowicy przeciwpaciorkowej. Friedmann: Uodpornienie przeciw gruźlicy.

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie Czytelni akademickiej we Lwowie za r. 1902/3.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 49 (od 6/XII do 12/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 48, dz. 32; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 22; zamiejscowych: męż. 17, kob. 10.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	—	—
2	Gruźlica	7	5
3	Zapalenie płuc	8	5
4	Dławiec i błonica	1	1
5	Krztusiec	—	—
6	Ospa	—	—
7	Płonica	—	—
8	Odra	4	—
9	Dur osutkowy	—	—
10	Dur brzuszny	—	1
11	Czerwonka	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—
13	Cholera dzieci	1	1
14	Cholera swojska	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	2
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—
19	Krwotok mózgowy	2	—
20	Choroby narządu krążenia	5	3
21	Nowotwory	3	2
22	Inne przyczyny śmierci natur.	7	5
23	Śmierć przypadkowa	—	1
24	Śmierć gwałtowna	2	1
	Razem	39	27

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**